



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege

Zwischenergebnisse der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“

Kriminalitäts- und Gewaltgefährdungen im höheren Lebensalter und in der häuslichen Pflege

Zwischenergebnisse der Studie „Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen“

Projekt „Kriminalität und Gewalt
im Leben alter Menschen“
KuGiLaM-Bericht No.2

Thomas Görgen
Sandra Herbst
Susann Rabold

2006
Kriminologisches Institut Niedersachsen e. V. (KNF)
Lützerodestraße 9, 30161 Hannover
Tel. (0511) 3 48 36-0, Fax (0511) 3 48 36-10
E-Mail: kfn@kfn.uni-hannover.de



FORSCHUNGSBERICHTE Nr. 98

Inhalt

1. Einführung	5
1.1. Ausgangspunkte der Studie	5
1.2. Wesentliche Projektmerkmale	8
2. Erste Befunde einer multimethodalen Studie zur Opferwerdung im Alter	9
2.1. Standardisierte Viktimisierungsbefragung	9
2.1.1. Befragungsziele und grundlegender methodischer Zugang	9
2.1.2. Befragungsinstrumente	11
2.1.3. Befragungsdurchführung	12
2.1.4. Grundmerkmale und Repräsentativität der Stichprobe	19
2.1.5. Erste Ergebnisse der KFN-Viktimisierungsbefragung 2005	21
2.1.5.1. Kriminalitätserfahrungen im höheren Lebensalter	21
2.1.5.2. Kriminalitätsfurcht, Sicherheitsgefühl, Vorsichts- und Vermeiderverhalten	29
2.1.5.3. Nahraumgewalt im höheren Lebensalter	43
2.1.6. Zusammenfassung und Ausblick	55
2.2. Pflegebezogene Projektelemente	56
2.2.1. Schriftliche Befragung ambulanter Pflegekräfte	56
2.2.1.1. Befragungsziele und methodischer Zugang	56
2.2.1.2. Befragungsdurchführung	57
2.2.1.3. Ausschöpfung	58
2.2.1.3. Beschreibung der Stichprobe	59
2.2.1.4. Ausgewählte Befragungsergebnisse	61
2.2.1.4.1. Pflegekräfte als von aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger Betroffene	61
2.2.1.4.2. Pflegekräfte als "Täter": Selbstberichte über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen	64
2.2.1.4.3. Perspektive der "dritten Person": Pflegekräfte als Informanten über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen	67
2.2.1.4.4. Prädiktoren bedeutsamen Problemverhaltens gegenüber Pflegebedürftigen: Multivariate Analysen	69
2.2.1.4.5. Misshandlungs- und Vernachlässigungsprävention in der häuslichen Altenpflege: Subjektive Theorien ambulanter Pflegekräfte	75
2.2.1.5. Zusammenfassung und Ausblick	78
2.2.2. Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings	79
2.2.2.1. Untersuchungsziele und methodischer Zugang	79
2.2.2.2. Untersuchungsinstrumente	81
2.2.2.3. Durchführung der Interviewstudie	84
2.2.2.4. Beschreibung der Interviewstichprobe	86
2.2.2.5. Erste Befunde der Interviewstudie	89
2.2.2.5.1. Vorbemerkung	89
2.2.2.5.2. Pflegeübernahme als kritisches Lebensereignis und Innovationserfordernis	90
2.2.2.5.3. Identitätsrelevanz von Pflege und Pflegebedürftigkeit	91
2.2.2.5.4. Heterogenität kognitiver und emotionaler Grundlagen von Pflegebereitschaft	92
2.2.2.5.5. Bedeutung der Beziehungsvorgeschichte	95
2.2.2.5.6. Familiäre Demenzpflege als hochspezifisches Problemfeld	97
2.2.2.5.7. Dominanz des Krankheitsgeschehens für Belastungserleben Pflegebedürftiger	98
2.2.2.5.8. Multidimensionalität der Belastungen pflegender Angehöriger	100
2.2.2.5.9. "Rewards of caregiving"	107
2.2.2.5.10. Soziale Isolation als Risikofaktor für problematische Pflegekonstellationen	109
2.2.2.5.11. Häusliche Pflege und Tatgelegenheitsstrukturen	109
2.2.2.5.12. Perspektiven der Anwendung von Tatgelegenheitsstrukturkonzepten auf familiäre Pflege	111
2.2.2.5.13. Auf dem Weg zu einer ereignisorientierten Typologie der Viktimisierung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich	113
2.2.2.5.14. Erfordernis eines komplexen Bedingungsmodells	118
2.2.2.6. Zusammenfassung und Ausblick	119

2.2.3. Schriftliche Befragung pflegender Angehöriger	121
2.2.3.1. Untersuchungsziele und methodischer Zugang	121
2.2.3.2. Aktueller Stand und Ausblick.....	123
3. Resümee und Ausblick.....	124
Literatur	127

1. Einführung

Seit 2004 führt das Kriminologische Forschungsinstitut Niedersachsen e.V. (KFN) mit Förderung durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und in Kooperation mit dem Deutschen Zentrum für Altersfragen (Berlin) und der Universität Hildesheim die Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" durch¹. Im vorliegenden Bericht werden Zwischenergebnisse der laufenden Untersuchung präsentiert, die auf drei methodischen Zugängen beruhen und deren Daten an jeweils spezifischen Zielgruppen gewonnen wurden. Dabei handelt es sich um eine bundesweite repräsentative Viktimisierungsbefragung in der Altersgruppe der 40-85-Jährigen (n=3-030), eine postalische Befragung ambulanter Pflegekräfte (n=503) sowie eine qualitative Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings, in deren Rahmen insgesamt 178 Interviews und 4 Gruppengespräche mit pflegenden Angehörigen, Pflegebedürftigen, ambulanten Pflegekräften und weiteren "feldkompetenten" GesprächspartnerInnen geführt wurden. Das Konzept der Studie schließt ferner eine schriftlich-postalische Befragung pflegender Angehöriger älterer Menschen sowie Analysen von Hellfelddaten zur Viktimisierung Älterer ein. In beiden Bereichen war die Feldphase zum Zeitpunkt des Abfassens dieses Berichts noch nicht abgeschlossen; Ergebnisse werden daher später an anderer Stelle dargestellt.

1.1. Ausgangspunkte der Studie

Der stetig wachsende Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung² legt es nahe, dass diese Gruppe zunehmend in den Blickpunkt der öffentlichen Aufmerksamkeit wie der verschiedenen human- und sozialwissenschaftlichen Disziplinen gelangt und in diesem Zuge u.a. von der kriminologischen Forschung auch als Opfer von Kriminalität und Gewalt "entdeckt" wird. Tatsächlich hat die Thematik "Gewalt gegen alte Menschen" im vergangenen Jahrzehnt national wie international eine gewisse "Karriere" erfahren³. In Deutschland wird vor allem im Kontext einer mit Einführung der Pflegeversicherung 1995/1996 in Gang gekommenen Diskussion um das Wohlergehen älterer Menschen der zur Skandalisierung gesellschaftlicher Sachverhalte wie kaum ein anderer geeignete Begriff der Gewalt verwendet.

Umfassende sozialwissenschaftliche Studien zur Opferwerdung Älterer sind bislang selten. Erste Ansätze einer systematischen wissenschaftlichen Befassung mit der Thematik waren ab den 1970er Jahren festzustellen (FATTAH & SACCO, 1989, S.229). Im Hinblick auf familiäre Gewalt waren Ältere nach Kindern und Frauen (und vor Männern) die dritte Opfergruppe, der sich Forschung, Politik und psychosoziale Praxis zuwandten. Die "Entdeckung" älterer Menschen als Gewaltopfer vollzog sich nicht in einem Schritt, sondern mehrfach und in unterschiedlichen Forschungs- und Handlungskontexten. Aufmerksamkeit fanden sie als Opfer 'klassischer Gewaltdelinquenz', als Opfer innerfamiliärer Gewalt sowie als von unzureichender Pflege Betroffene. Auf internationaler Ebene lassen sich heute im Wesentlichen zwei Forschungsstränge mit je eigener Terminologie, thematischen Schwerpunkten und methodischen Vorgehensweisen unterscheiden. Untersuchungen befassen sich zum einen mit älteren Menschen als Kriminalitätsoptionen (*criminal victimization of the elderly*), zum anderen mit Misshandlung und Vernachlässigung (*elder abuse and neglect*). Der erstgenannte Strang konzentriert sich vorrangig auf von Fremden begangene Delikte im öffentlichen Raum, deckt in der Regel ein breites Spektrum von Gewalt- wie Eigentums- und Vermögensdelikten ab, stützt sich teilweise auf Polizei- und Justizstatistiken, bezieht aber auch Methoden der Dunkelfeldforschung ein. Der zweite Forschungsstrang beschränkt sich auf gewaltförmige Viktimisie-

¹ Zum Konzept der Studie vgl. GÖRGEN, GREVE, TESCH-RÖMER & PFEIFFER (2004).

² Die 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung veranschlagt den derzeit bei ca. 25% liegenden Anteil der 60-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland für das Jahr 2030 bereits auf 34.4%. Der Bevölkerungsanteil der 80-Jährigen und Älteren, der gegenwärtig in einer Größenordnung von 4% liegt, wird sich demnach 2030 auf 7.3% und 2050 auf 12.1% erhöht haben (STATISTISCHES BUNDESAMT, 2003, S. 31).

³ Zum Konzept der "Karriere sozialer Probleme" vgl. vor allem SCHETSCHKE (1996).

rungen, definiert dabei allerdings in der Regel den Gewaltbegriff so weit, dass er ein Deliktsspektrum umfasst, welches über Alltagsverständnisse von Gewalt sowie über strafrechtliche Gewaltkonzepte hinausgeht und Delikte wie Beleidigung und Unterlassen von Hilfeleistungen umschließt. Teils nimmt er Bezug auf die Gesamtheit der Älteren, teils konzentriert er sich auf pflege- und hilfebedürftige Personen.

Im deutschen Sprachraum hat die 1992 vom Kriminologischen Forschungsinstitut Niedersachsen mit finanzieller Förderung durch das BMFSFJ durchgeführte Opferbefragung (WETZELS, GREVE, MECKLENBURG, BILSKY & PFEIFFER, 1995; vgl. auch BILSKY, PFEIFFER & WETZELS, 1992; GREVE, 1997; GREVE & WETZELS, 1995; WETZELS & GREVE, 1996) erstmals eine breite Datenbasis geschaffen. Die Studie untersuchte mittels standardisierter Befragungen Viktimisierungserfahrungen in Abhängigkeit vom Lebensalter und legte dabei besondere Schwerpunkte auf die kriminelle Opferwerdung älterer Menschen, ferner auf gewaltförmige Viktimisierungen im sozialen Nahraum (d.h. durch Familien- und Haushaltsmitglieder) sowie auf Vergleiche zwischen alten und neuen Bundesländern. Methodisch kombinierte sie eine persönlich-mündliche Befragung mit einer schriftlichen *Drop off*-Befragung, wobei letztere sich auf Viktimisierungen im Nahraum konzentrierte. Als Referenzperiode wurde einerseits das Jahr 1991, andererseits – auch im Hinblick auf die (retrospektive) Erfassung von Auswirkungen der "Wende" in der früheren DDR – der Zeitraum von 1987 bis 1991 gewählt. Erfasst wurden Viktimisierungen im Bereich der Gewalt- und Sexual- wie der Eigentums- und Vermögensdelikte. Zur Messung von Gewalterfahrungen im Nahraum wurde vor allem auf die sog. *Conflict Tactics Scales* (STRAUS, 1979; 1990) zurückgegriffen. Aufgrund der Stichprobenzusammensetzung sind die Ergebnisse des KFN-Opfersurvey 1992 repräsentativ für die Altersgruppe bis 75 Jahre, nicht jedoch für Höheraltrige; pflegebedürftige Personen wurden nicht systematisch befragt.

Tabelle 1 nennt für eine Auswahl der erfragten Delikte Prävalenzraten für das Jahr 1991 differenziert nach Altersgruppen sowie nach alten und neuen Bundesländern.

Tab. 1: KFN-Opferbefragung 1992:

Prävalenzraten für das Jahr 1991 nach Altersgruppen
(Opfer je 1.000 Befragte; adaptiert nach WETZELS et al., 1995, S. 61)

	alte Bundesländer		neue Bundesländer	
	< 60 J.	≥ 60 J.	< 60 J.	≥ 60 J.
Handtaschenraub	5.1	7.3	7.2	7.7
sonstiger Raub	3.8	1.1	7.1	2.8
KV* mit Waffen	5.5	0.9	8.9	0.7
KV ohne Waffen	13.0	1.5	22.1	4.2
Drohung / Nötigung	5.1	2.2	6.0	2.8
sexuelle Belästigung	20.2	1.5	10.7	0
Vergewaltigung	3.0	0.2	2.4	0

* KV = Körperverletzung

Insgesamt bestätigten WETZELS et al. (1995) den auch aus Studien in anderen Ländern bekannten Befund einer relativ geringen Gefährdung älterer Menschen. "Mit der plausiblen Ausnahme des Handtaschenraubes" wurden Personen ab 60 Jahren bei allen 16 erfragten Delikten seltener Opfer als Jüngere (S. 52). In der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre waren rund 56% innerhalb von 5 Jahren Opfer eines der in der Studie

untersuchten Delikte geworden, in der Gruppe der über 70-jährigen 28%. Dieser Unterschied verstärkt sich in Bezug auf Gewaltdelikte; in der Kategorie "Kontaktdelikte mit Bedrohung/Gewalt" hatten "jeweils 24% der unter 20-jährigen und der 20-29-jährigen (...) im Fünfjahreszeitraum eine entsprechende Opfererfahrung gemacht, während nur noch 7.2% der über 60- und noch 6.3% der über 70-jährigen Opfer einer derartigen kriminellen Handlung wurden" (WETZELS et al., 1995, S. 56). Seniorinnen und Senioren wurden relativ häufiger als jüngere in ihrem privaten Wohnraum Opfer einer kriminellen Handlung. Dieser u.a. vor dem Hintergrund zurückgehender Mobilität und der Beendigung beruflicher Tätigkeit zu sehende Befund mache "plausibel, weshalb ältere Menschen sich häufiger als jüngere im Gefolge einer Opfererfahrung in ihrer eigenen Wohnung nicht mehr sicher fühlen" (S. 85). WETZELS et al. (1995) fanden, dass von Älteren berichtete Viktimisierungen häufiger zur Anzeige gelangten als entsprechende Erfahrungen jüngerer Personen.

Angesichts der Bedeutsamkeit der privaten Häuslichkeit als alltäglicher Lebensraum legte die KFN-Opferbefragung einen besonderen Schwerpunkt auf Viktimisierungen durch Familien- und Haushaltsmitglieder. 3.4% der Befragten ab 60 Jahren wurden im Verlaufe des Jahres 1991 Opfer physischer Gewalt, 2.7% wurden durch aktive Vernachlässigung oder Medikationsmissbrauch viktimisiert, 1.3% materiell geschädigt, und 0.8% berichteten über chronische verbale Aggression⁴. Opfer mindestens eines dieser Delikte wurden innerhalb eines Jahres 6.6% der älteren Befragten. Während im Alter Viktimisierungsrisiken insgesamt zurückgehen, stellte die KFN-Studie fest, dass die meisten Gewaltdelikte gegen Ältere von Familien- und Haushaltsmitgliedern begangen werden und dass "mit zunehmendem Alter der Anteil von Täter-Opfer-Beziehungen, die im Bereich von Privatheit und Familie angesiedelt sind, an der Gesamtzahl der Opfererfahrungen ansteigt" (WETZELS et al., 1995, S. 185).

Auch mehr als ein Jahrzehnt nach der Erhebung der Daten stellte die KFN-Opferbefragung noch die umfassendste und am häufigsten zitierte deutsche Datenquelle zur Opferwerdung älterer Menschen dar. Dabei war wiederholt festzustellen, dass die Befunde – mangels anderer verlässlicher Daten – in Zusammenhänge gestellt wurden, für die sie allenfalls begrenzte Aussagekraft hatten. Insbesondere fanden die Ergebnisse auch dann immer wieder Verwendung, wenn es ausschließlich oder vorrangig um Opferwerdungen pflegebedürftiger und hochbetagter Menschen ging.

Für eine Fokussierung der Diskussion auf Pflegebedürftige und Hochaltrige gibt es nachvollziehbare Gründe (wenngleich die so zugespitzte Diskussion um der konzeptuellen Klarheit willen nicht unter der Überschrift "Gewalt gegen Ältere" geführt werden sollte). Es lassen sich plausible Argumente für die Annahme anführen, dass gerade pflegebedürftige und sehr alte Menschen in vielfacher Hinsicht durch ein besonderes Maß an Verletzlichkeit gekennzeichnet sind, sich oftmals gegen Viktimisierungen schlechter zur Wehr setzen können als Jüngere, in spezifischer Weise unter den Tatfolgen leiden und zum Teil - je nach Grad ihrer funktionalen und intellektuellen Beeinträchtigung - besondere Probleme haben, psychosoziale Hilfeinrichtungen und Strafverfolgungsbehörden in Anspruch zu nehmen bzw. für sich zu mobilisieren.

Wird die konzeptuelle Differenzierung zwischen einem dritten und einem vierten Lebensalter aufgegriffen (einem vierten Lebensalter, welches durch mannigfaltige Einschränkungen und Verluste, durch eine stark ansteigende Wahrscheinlichkeit von Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und Demenzerkrankungen gekennzeichnet ist; vgl. u.a. M. BALTES, 1998; P. BALTES, 1997a; 1997b; BALTES & SMITH, 2003), dann ist hinsichtlich der Befundlage zur Opferwerdung im Alter für die Bundesrepublik Deutschland festzustellen, dass bislang allenfalls eine Viktimologie des dritten, nicht aber des vierten Lebensalters, existiert. Der KFN-Opfersurvey 1992 war nicht repräsentativ für die Hochaltrigen (ab 75 Jahren) und kann zur Opfer-

⁴ Der mindestens tendenziell kontraintuitive Befund, dass körperliche Gewalt mehr als viermal so weit verbreitet ist wie "chronische verbale Aggression" verweist auf die Komplexität der Operationalisierung verbaler und physischer Gewalt und auf die Notwendigkeit, die jeweils gewählten Operationalisierungen transparent zu machen und bei der Interpretation von Befunden stets im Auge zu behalten.

werdung in Pflegebeziehungen keine substanziellen Befunde beisteuern. Soweit überhaupt sonstige empirische Studien in diesem Themenfeld vorliegen, können sie diese Lücke bislang nicht schließen. Die derzeit verfügbaren Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes (PKS; zuletzt BUNDESKRIMINALAMT, 2006) erlauben – von ihrer notwendigen Begrenzung auf das Hellfeld ganz abgesehen – keine im Sinne einer Analyse altersbezogener Opferwerdungsrisiken sinnvolle Altersdifferenzierung, sondern fassen die "jungen Alten" (ab 60 Jahre) mit den Hochaltrigen ebenso zusammen wie – um ein Beispiel zu nennen – die im Hinblick auf die meisten Kriminalitätsbereiche hoch aktiven und in starkem Maße gefährdeten Jungerwachsenen zwischen 21 und 25 Jahren mit den 50-59-Jährigen.

Die aktuell in Angriff genommene Viktimisierungsstudie zielt wesentlich darauf ab, einerseits Vergleichsdaten zur KFN-Opferbefragung des Jahres 1992 bereitzustellen, andererseits das Design des Projekts heutigen Erkenntnisinteressen anzupassen. Die Diskussionen um "Gewalt gegen Ältere" und "Gewalt in der Pflege", die sich seit der Durchführung der KFN-Opferbefragung vor allem in den Medien und in bestimmten professionellen Fachöffentlichkeiten entwickelt haben, beziehen sich im Kern auf eben jene Gruppen, über deren Opferwerdungsrisiken verlässliche Informationen bislang fehlen: Pflegebedürftige und Hochaltrige. Auch zur Viktimisierung jüngerer und nicht pflegebedürftiger Seniorinnen und Senioren liegen – mangels regelmäßig wiederholter Opferbefragungen – in der Bundesrepublik keine aktuellen Dunkelfelddaten vor. Das Projekt "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" verfolgt das Ziel, solche aktuellen Daten zu erzeugen und zu analysieren und in Bezug auf die häusliche Pflege alter Menschen erlebte Belastungen, Konfliktpotenziale in Pflegebeziehungen und Gewalterfahrungen der Beteiligten aus einer kriminologischen Perspektive zu untersuchen.

1.2. Wesentliche Projektmerkmale

Die Studie trägt dem gewachsenen Erkenntnisinteresse in Bezug auf Viktimisierungserfahrungen und Gefährdungen älterer und pflegebedürftiger Menschen Rechnung; sie zielt auf eine umfassende Analyse von Opfererfahrungen älterer und alter Menschen in alltäglichen Wohn- und Lebensumfeldern ab. Die Untersuchung knüpft an die KFN-Opferstudie von 1992 an und stellt aktuelle Prävalenz- und Inzidenzdaten bereit. Durch eine Wiederholung zentraler Elemente der damaligen Befragung kann die Aussagekraft sowohl der aktuellen als auch der seinerzeit erhobenen Daten nochmals gesteigert werden. Einmalige „Momentaufnahmen“ werden bei regelmäßiger Wiederholung mit zunehmender Genauigkeit und Gültigkeit die jeweiligen Verhältnisse und – vor allem – deren längerfristige Entwicklung abbilden. Zugleich geht die Studie in einigen Bereichen thematisch wie methodisch über die Vorgängeruntersuchung hinaus. Dies betrifft insbesondere die in der Opferstudie 1992 außer Acht gelassene Problematik der häuslichen Pflege⁵.

Das Projekt besteht im Wesentlichen aus zwei methodisch voneinander differenzierten, dabei inhaltlich aufeinander bezogenen Teilstudien (oder "Elementen"):

- Element 1 *"Viktimisierungserfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht in Privathaushalten lebender Personen in alltäglichen Wohn- und Lebensumfeldern"* schließt in modifizierter Form und unter stärkerer Einbeziehung hochaltriger Personen an die KFN-Opferbefragung 1992 an. Die Datenerhebung wird als Kombination eines standardisierten face-to-face-Interviews mit einer schriftlichen *Drop off*-Befragung (letztere mit Schwerpunkt auf Opfererfahrungen im sozialen Nahraum) durchgeführt. Über die Erhebung aktueller Prävalenzdaten hinaus zielt die Befragung vor allem auf die Analyse von Risiko- und Schutzfaktoren, Aspekte der Bewältigung von Viktimisierungserfahrungen.

⁵ Die Studie beschränkt sich – unter anderem im Hinblick auf die in vieler Hinsicht hochspezifische Problematik im Bereich der stationären Pflege – auf Personen, die in Privathaushalten leben.

gen sowie auf kriminalitätsbezogene Wahrnehmungen, Risikoeinschätzungen und Ängste und deren Konsequenzen für die alltägliche Lebensgestaltung sowie für individuelle Opferwerdungsrisiken ab.

- Element 2 "*Viktimisierungserfahrungen im Kontext häuslicher Pflege*" greift mit starkem Akzent auf qualitativen Verfahren die mittels standardisierter Befragungen nur begrenzt zugängliche Thematik der Misshandlung und Vernachlässigung von Menschen auf, die zu Hause von Angehörigen bzw. ambulanten Diensten gepflegt werden. Das Untersuchungsdesign verbindet qualitativ orientierte Interviews mit an häuslichen Pflegearrangements an zentraler Stelle beteiligten Personen (Pflegebedürftigen, familiären Pflegepersonen, MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste) mit standardisierten schriftlichen Befragungen von professionell und privat Pflegenden.
- Die primär in das Dunkelfeld abzielenden Befragungen werden mit ergänzenden Analysen der Opferwerdung älterer Menschen anhand von Kriminalstatistiken und Akten einschlägiger Instanzen verknüpft. Diese *Hellfeldanalysen* können grundsätzlich Erkenntnisse sowohl über Viktimisierungen älterer Menschen allgemein als auch über (schwerwiegende) Delikte gegenüber Pflegebedürftigen erbringen. Sie werden daher hier nicht als separates Untersuchungselement aufgefasst, wohl aber als eigenständiger methodischer Zugang (zur Bedeutung von Hellfelddaten im Forschungsfeld "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" vgl. GÖRGEN, 2004b).

2. Erste Befunde einer multimethodalen Studie zur Opferwerdung im Alter

Zum Zeitpunkt des Abfassens dieses Berichts liegen im Wesentlichen Daten aus drei Untersuchungsbereichen vor - einer Bevölkerungsbefragung (n=3.030) zu unterschiedlichen Formen von Viktimisierungserfahrungen, einer schriftlichen Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Pflegedienste (n=503) sowie einer qualitativen Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings, bei der Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und ambulante Kräfte befragt wurden (178 Interviews und vier Gruppengespräche). Die folgende Darstellung orientiert sich an dieser Gliederung in separate Teilerhebungen.

2.1. Standardisierte Viktimisierungsbefragung

2.1.1. Befragungsziele und grundlegender methodischer Zugang

Die im Rahmen der aktuellen Studie durchgeführte Opferwerdungsbefragung verfolgt im Wesentlichen folgende Ziele:

- Sie soll aktuelle Prävalenz- und Inzidenzdaten zu Viktimisierungen im mittleren und höheren Erwachsenenalter bereitstellen - dies sowohl im Hinblick auf Kriminalität allgemein (Vermögens-, Gewalt- und Sexualdelikte) als auch auf Viktimisierungen durch Familien- und Haushaltsmitglieder.
- Darüber hinaus soll die Befragung in noch stärkerem Maße als der KFN-Survey 1992 (vgl. WETZELS, GREVE, MECKLENBURG, BILSKY & PFEIFFER, 1995) Zusammenhänge zwischen Opfer- und Gewalterfahrungen einerseits und Risikofaktoren sowie Viktimisierungsfolgen und Bewältigungsprozessen auf der anderen Seite analysieren. Dies ist bedeutsam für die Ausgestaltung von Präventionsmaßnahmen sowie für Maßnahmen der Opferhilfe und der Kriminalitätskontrolle in diesem Deliktsbereich. Modifikationen des Untersuchungsinstruments eröffnen die Möglichkeit, Fragestellungen aus dem Schnittbereich von Gerontologie und Viktimologie stärker zu gewichten und so der vor allem von GREVE

(GREVE, HOSSER & WETZELS, 1996; GREVE & NIEDERFRANKE, 1998; NIEDERFRANKE & GREVE, 1996) erhobenen Forderung nach einer Geronto-Viktimologie Genüge zu tun.⁶

Es handelt sich bei der vorliegenden Erhebung im Wortsinne nicht um eine Opferbefragung, denn die befragten Personen wurden nicht nach ihrem Status als Opfer oder Nicht-Opfer von Kriminalität ausgewählt, sondern um eine Viktimisierungs- oder Opferwerdungsbefragung, bei der erst durch die Befragung festgestellt wird, ob, in welchem Maße und in welcher Weise Menschen Opfer von Kriminalität und Gewalt wurden. Daher wird auch im Folgenden den Termini "Viktimisierungsbefragung" und "Opferwerdungsbefragung" gegenüber dem etwas eingängigeren Begriff "Opferbefragung" der Vorzug gegeben.

Ein wesentliches Gestaltungskriterium der Viktimisierungsbefragung war die Vergleichbarkeit mit dem KFN-Opferwerdungssurvey 1992. Daher wurde die seinerzeit gewählte Kombination von persönlich-mündlicher Befragung und schriftlicher Befragung in der aktuellen Untersuchung beibehalten. Für Studien, die auch die Erfassung von häuslicher Gewalt oder Nahraumgewalt zum Gegenstand haben, hat sich diese kombinierte Form der Befragung bewährt und etabliert⁷.

Der Vorteil einer persönlich-mündlichen Befragung liegt in der erleichterten Beantwortung von komplexen Fragen, bei denen der Interviewer zusätzlich visuelle Hilfsmittel (Karten, Listen etc.) verwenden kann. Bei der Untersuchung innerfamiliärer Gewalt hat sich die auch in der KFN-Befragung 1992 verwendete schriftliche *Drop off*-Technik bewährt. Der Interviewer lässt hierbei am Ende eines face-to-face-Interviews in einem befragten Haushalt bzw. bei einer befragten Person einen zum Selbstaussfüllen durch den Befragten konzipierten Bogen zurück, den er zu einem späteren Termin abholt. Bei der vorliegenden Erhebung haben die Interviewer in einer Reihe von Fällen - je nach situativen Gegebenheiten - auch gewartet, bis der Befragte den Bogen ausgefüllt hatte; in Ausnahmefällen wurden die ausgefüllten *Drop offs* von den Teilnehmern direkt an *infas* geschickt.

Gerade in Bezug auf Nahraumgewalt bietet die *Drop off*-Technik mehrere Vorteile:

- Sie gibt dem Befragten die Möglichkeit, Ereignisse aus dem Privatbereich zu berichten, ohne sich dem Interviewer direkt offenbaren zu müssen.
- Der Befragte kommt nicht in die Situation, seine Antworten möglicherweise in Gegenwart anderer Haushaltsmitglieder, die prinzipiell als Täter von Nahraumgewalt in Frage kommen, sprachlich formulieren zu müssen und sich dadurch der Gefahr von Repressalien auszusetzen.

Die Wahrscheinlichkeit, dass innerfamiliäre Gewaltanwendung verschwiegen wird, ist bei einem mündlichen Interview im alltäglichen Lebensumfeld des Befragten größer als bei einem schriftlichen Selbstaussfüller. Eine Möglichkeit, diesen Problemen in zukünftigen Untersuchungen entgegenzuwirken bieten computergestützte Formen persönlicher oder auch telefonischer Befragungen (CAPI / CATI), die eine potenzielle Gefährdung durch Anwesenheit eines Täters zumindest entschärfen könnten.

Allerdings birgt eine schriftliche Befragung im Vergleich zu einem mündlichen Interview ein erhöhtes Risiko für unvollständige Daten – sei es durch vollständige Verweigerung, durch unvollständiges Ausfül-

⁶ Die Forderung basiert wesentlich auf der Annahme, dass Antizipation, Erleben und Verarbeitung von Viktimisierungserfahrungen bei älteren Menschen spezifische Ausprägungen annehmen und dass diese Spezifität bei der Gestaltung von Untersuchungsdesigns wie bei der Implementation altersgruppenspezifischer Hilfeangebote zu berücksichtigen ist. Zu den im Rahmen dieser Perspektive herausgearbeiteten Besonderheiten der Bewältigung von Viktimisierungen gehört, dass die körperliche Widerstandsfähigkeit sich im Alter verringert, die physische Verletzbarkeit sich erhöht, der Gesundheitszustand zum Tatzeitpunkt im Allgemeinen schlechter ist als bei Jüngeren; auch soziale Netzwerke verändern sich und können eine Schwächung von Bewältigungsressourcen mit sich bringen. Mit der Verkürzung der Zeitperspektive verändern sich Bewertungen von Erfahrungen. Verluste werden zunehmend als irreversibel erlebt. An die Stelle aktiv kontrollierender Bewältigungsformen treten zunehmend adaptive Copingstrategien, welche durch Veränderungen von Bewertungen und Sichtweisen gekennzeichnet sind.

⁷ Eine Untersuchung mit ähnlichem Zugang ist beispielsweise die Studie "Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland" (BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2004; 2005).

len oder durch Missverstehen von Fragen. Die Anforderungen an den Grad der Beherrschung der deutschen Sprache sind bei Selbstausfüllern höher als bei persönlich-mündlichen Befragungen, da der Teilnehmer Schriftsprache hinreichend lesen können muss.

2.1.2. Befragungsinstrumente

Die Instrumente der Viktimisierungsbefragung umfassen einen ca. 65-seitigen Fragebogen für die persönlich-mündliche Befragung und einen ca. 40-seitigen Bogen für die schriftliche *Drop off*-Befragung. Beide Bögen wurden im DIN A 4 Format gestaltet und tragen den Titel "Sicherheit und Wohlbefinden im Alltag – Erfahrungen und Gefährdungen".

Das Instrument für die face-to-face Befragung umfasst im Wesentlichen die folgenden thematischen Bereiche:⁸

- Opfererfahrungen⁹ und Viktimisierungsbewältigung
- strafbezogene Einstellungen
- Kriminalitätsfurcht, Vorsichts- und Vermeideverhalten und alltägliche Risikoexposition¹⁰
- subjektive Befindlichkeit¹¹
- kritische Lebensereignisse
- Gesundheitsstatus, funktionelle Einschränkungen, Pflege-, Hilfe und Unterstützungsbedarf¹²
- soziale Unterstützung und soziale Netzwerke
- Bewältigungsstile und Kontrollüberzeugungen¹³
- demographische Merkmale von Person und Haushalt

Analog zum KFN-Opfersurvey 1992 erfasst der schriftlich durchgeführte Teil der Befragung auch im Survey 2005 den Themenkomplex der Viktimisierung durch Familien- und Haushaltsmitglieder. Das Instrument umfasst die folgenden wesentlichen Themenfelder:

- Prävalenz und Inzidenz von Konflikttaktiken von Familien- und Haushaltsmitgliedern gegenüber der befragten Person (physische Gewalt, psychische Aggression, Konfliktaustragung durch Gespräch und Verhandlung)
- schwerwiegende gewaltförmige Viktimisierungen durch erwachsene Familien- oder Haushaltsmitglieder (plus Detailexploration des letzten einschlägigen Ereignisses¹⁴)

⁸ Die Befragungsinstrumente des Viktimisierungssurveys sind im Wortlaut bei GÖRGEN, RABOLD & HERBST (2006) wiedergegeben und in dem Bericht von GÖRGEN, HERBST & RABOLD (2005) beschrieben.

⁹ Es wurden Daten zu sämtlichen in der Befragung 1992 erfassten Delikten ([Hand-] Taschenraub, sonstiger Raub, Wohnungseinbruch, Einbruch in andere Räumlichkeiten, Kfz-Diebstahl, Diebstahl aus Kfz, Sachbeschädigung an Kfz, Krafttraddiebstahl, Fahrraddiebstahl, sonstige Diebstähle, Körperverletzung mit Waffe, Körperverletzung ohne Waffe, Bedrohung / Nötigung, sexuelle Belästigung, Vergewaltigung und Betrug) erhoben.

¹⁰ Risikoexposition wurde über die berichtete Häufigkeit verschiedener außerhäuslicher Aktivitäten (Spaziergänge, Einkaufen, Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel, Besuch von Gaststätten, Diskotheken oder Sportveranstaltungen) tagsüber und nach Einbruch der Dunkelheit erfasst.

¹¹ Wohlbefinden, Lebensqualität, Selbstwert, Depressivität, Selbstwirksamkeitserwartungen, erlebte Bedrohungen des individuellen Sicherheitsgefühls

¹² allgemeiner Gesundheitszustand, Kompetenzen und Kompetenzeinschränkungen im Bereich der grundlegenden und der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens, schwere Krankheiten oder Unfälle, Beeinträchtigungen durch chronische Erkrankungen/ Behinderungen, regelmäßiger Hilfe, Pflege- und Unterstützungsbedarf, Art der erhaltenen Hilfe- und Unterstützung und dies leistende Personen, Inanspruchnahme von Leistungen der Pflegeversicherung.

¹³ Akkommodativer Bewältigungsmodus, internale und externale Kontrollüberzeugungen.

- sexuelle Viktimisierung (sexuelle Nötigung / Vergewaltigung) durch erwachsene Familien- oder Haushaltsmitglieder (wiederum plus Detailexploration des letzten einschlägigen Ereignisses)
- Eigentums- und Vermögensdelikte durch erwachsene Familien- oder Haushaltsmitglieder (auch hier plus Detailexploration des letzten einschlägigen Ereignisses)
- Viktimisierungen in Zusammenhang mit etwaiger Pflege- und Hilfebedürftigkeit der befragten Person
- Erfahrungen der befragten Person in ihrer Kindheit und Jugend¹⁵
- (Erziehungs-)Verhalten der befragten Person gegenüber eigenen Kindern (leibliche wie Adoptiv-, Stief- oder Pflegekinder, sofern die befragte Person diese aktuell erzieht oder früher erzogen hat).

2.1.3. Befragungsdurchführung

Die Feldphase der Befragung erstreckte sich – nach einem Ende 2004 durchgeführten Pretest - vom 18.02. bis zum 20.05.2005. Für den Beginn der Feldphase wurde (in Anlehnung u.a. an die KFN-Viktimisierungsbefragung 1992) der Jahresanfang gewählt. Jahreswechsel stellen geeignete Ankerpunkte dar, da sie von den Befragten besonders gut erinnert werden. Mit dieser Anknüpfung fällt es leichter, Viktimisierungen vorgegebenen Zeiträumen ("im Jahr 2004"; "in den Jahren 2000-2004") korrekt zuzuordnen, wodurch sich Teleskopeffekte reduzieren lassen (zu Teleskopeffekten vgl. u.a. GOLUB, JOHNSON & LABOVIE, 2000; HUTTENLOCHER, HEDGES & BRADBURN, 1990; JANSON, 1990; LOFTUS, SMITH, KLINGER & FIEDLER, 1992). Zusätzlich stellen Kalenderjahre als Bezugszeiträume eine gewisse Vergleichbarkeit mit offiziellen Statistiken, im vorliegenden Fall insbesondere der Polizeilichen Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes (zuletzt BUNDESKRIMINALAMT, 2006) sicher.

Hinsichtlich der Bezugszeiträume der Befragung bestand eine Modifikation gegenüber der KFN-Befragung 1992 darin, dass den Befragten nun explizit die Möglichkeit eingeräumt wurde, Viktimisierungen zwischen dem 1.1.2005 und dem Befragungstag zu berichten und zeitlich korrekt zu klassifizieren. Diese Veränderung sollte dazu beitragen, eine spezifische Form von Teleskopeffekten zu verhindern, die zu befürchten wären, wenn Befragungspersonen in dem Zeitintervall zwischen dem „eigentlich“ interessierenden Zeitraum (bis Ende 2004) und der Befragung viktimisiert wurden und keine Möglichkeit sähen, diese – möglicherweise schwerwiegende, jedenfalls erst kürzlich gemachte Erfahrung - zu berichten.

Die Befragungsdurchführung erfolgte durch *infas, Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH*, Bonn. Das Institut erstellte hierzu einen Methodenbericht (INFAS, INSTITUT FÜR ANGEWANDTE SOZIALWISSENSCHAFT GMBH, 2005)

¹⁴ In Bezug auf das letzte einschlägige Ereignis werden erfasst: Täter, Waffeneinsatz, Konflikteinbettung und Vorhersehbarkeit des Ereignisses, Gegenwehr des Opfers in der Viktimisierungssituation, wahrgenommene Tätermotive, Verhalten der gewaltausübenden Person jenseits des beschriebenen Ereignisses, unmittelbare physische und psychische Folgen der Viktimisierung für das Opfer, längerfristige Folgen der Viktimisierung für das Opfer, Trennung vom Täter / Konsequenzen für das Zusammenleben mit dem Täter, Gesprächspartner des Opfers in Bezug auf die letzte schwerwiegende Gewalterfahrung durch ein Haushaltsmitglied, Anzeigeverhalten und Frage des Verbleibs der letzten schwerwiegenden Gewalterfahrung durch ein Haushaltsmitglied im Dunkelfeld, Anzeigemotive des Opfers, Motive des Opfers für den Verzicht auf Anzeigeerstattung, Konsequenzen der letzten schwerwiegenden gewaltförmigen Viktimisierung durch Haushaltsmitglieder auf der Ebene des Handelns von Opfer, Täter, Polizei und Justiz, vom Opfer gewünschte Reaktionen auf die letzte schwerwiegende Gewalterfahrung durch ein Haushaltsmitglied.

¹⁵ Wahrgenommenes Klima in der Herkunftsfamilie, elterliche Formen des Umgangs mit Konflikten sowie beobachtete Gewalt der Eltern untereinander, ferner verschiedene Aspekte des Verhaltens von Eltern und Erziehungspersonen gegenüber der befragten Person in deren Kindheit und Jugend; dabei standen unterschiedliche Taktiken des Umgangs mit Konfliktsituationen im Vordergrund, insbesondere physisch gewalttätiges und verbal aggressives Verhalten.

Stichprobenbildung

Stichprobengröße und Alterszusammensetzung

Die Untersuchung war als repräsentative Befragung für die auf dem Gebiet der Bundesrepublik Deutschland in Privathaushalten lebende deutschsprachige Wohnbevölkerung angelegt. Nicht einbezogen wurden ältere Menschen, die in stationären Altenhilfeeinrichtungen leben, da gerade bei dieser Gruppe Probleme hinsichtlich der Befragbarkeit mit einem komplexen Instrument zu erwarten sind (vgl. dazu u.a. SALASKE, 1997), sich zudem die potenziellen Viktimisierungsrisiken anders darstellen als für außerhalb von Institutionen lebende Personen, ferner der Begriff des "Nahraums" (in der vorliegenden Studie wie in der KFN-Viktimisierungsbefragung des Jahres 1992 über das Konzept "Familien- und Haushaltsmitglieder" operationalisiert) wohl gänzlich anders hätte gefasst werden müssen, ein für die Allgemeinbevölkerung geeignetes Survey-Instrument daher selbst dann kaum auf Heimbewohner anwendbar gewesen wäre, wenn das insbesondere bei Demenzkranken kaum überwindbare Problem der Befragbarkeit nicht bestünde.

Die Grundgesamtheit der Studie setzt sich aus deutschen und ausländischen Personen der Jahrgänge 1919 bis 1965 zusammen, die über für eine Befragung ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen¹⁶.

Es gehörte zu den Ausgangspositionen der Untersuchung, ein Oversampling von älteren Personen (ab 60 Jahren) vorzunehmen, um den gerade im höheren Alter durch gesundheitliche Probleme zu erwartenden Stichprobenausfällen und Problemen bei der Befragbarkeit Rechnung zu tragen. Unter der Randbedingung einer im Hinblick auf die Erhebungskosten gegenüber dem Survey 1992 stark verkleinerten Stichprobe fiel die Entscheidung für eine untere Altersgrenze bei 40 Jahren und für eine Aufteilung der Stichprobe auf 1/3 (ca. 1000 Personen) der Befragten in der Altersgruppe 40-59 J. und 2/3 der Befragten (ca. 2000 Personen) ab 60 Jahren, wobei hier – im Hinblick auf die oberhalb dieses Limits zu erwartenden Stichprobenausfälle, die damit verbundenen Kosten bei der Datenerhebung und die nicht zu gewährleistende Repräsentativität – eine Obergrenze von 85 Jahren gesetzt wurde. Die Stichprobenzusammensetzung orientierte sich unter anderem am Alterssurvey (vgl. u.a. HOFF, TESCH-RÖMER, WURM & ENGSTLER, 2003; TESCH-RÖMER, ENGSTLER & WURM, 2006; TESCH-RÖMER, WURM, HOFF & ENGSTLER, 2002a; 2002b), bei dem – in bislang zwei Wellen - Personen ab dem vollendeten 40. Lebensjahr befragt werden. Eine Parallelisierung der Alterszusammensetzung beider Untersuchungen ist auch im Hinblick auf Vergleiche der Befunde sinnvoll.

Die relativ zur Befragung von 1992 deutlich verringerte Stichprobengröße erforderte eine Anpassung des seinerzeit verwendeten modularen Aufbaus des Erhebungsinstruments. Im Unterschied zum Vorgehen von 1992, bei dem das Sample in Teilstichproben untergliedert worden war, die jeweils nur Teilbereiche des Fragebogens bearbeiteten, wurde in der vorliegenden Studie allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern das vollständige Befragungsinstrument vorgegeben. Nur auf diese Weise konnten angesichts des reduzierten Stichprobenumfangs ausreichende Zellbesetzungen erreicht und multivariate Analysemethoden ermöglicht werden.

¹⁶ Im Hinblick auf die verfügbaren Forschungsressourcen und den enormen Aufwand wurde in der vorliegenden Studie auf die Einbeziehung fremdsprachiger Untersuchungspersonen verzichtet. Nicht nur der wachsende Anteil älterer Menschen mit Migrationshintergrund, sondern auch Befunde der Opfer- und Gewaltforschung in anderen Altersgruppen, theoretische Überlegungen und Erfahrungen im Rahmen der laufenden Studie (insbesondere der Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings) lassen eine eigenständige Analyse der Gefährdungslage älterer Migrantinnen und Migranten als wesentlich für die künftige altersbezogene Opferforschung erscheinen.

Stichprobenziehung

Für die Auswahl der zu befragenden Personen wurde ein zweistufiges Verfahren verwendet, das auf Basis von Einwohnermeldeamtsdaten für alle Personen der Grundgesamtheit eine prinzipiell gleiche Auswahlwahrscheinlichkeit gewährleistet. In einem ersten Schritt wurden 75 Gemeinden bzw. Stadtteile in Großstädten zufallsgesteuert ausgewählt, innerhalb derer in einem zweiten Auswahlschritt Personenadressen aus den Einwohnermelderegistern gezogen wurden.

Ein wesentlicher Vorteil einer Einwohnermeldeamtsstichprobe gegenüber dem u.a. im KFN-Viktimisierungssurvey 1992 verwendeten Random-Route-Ansatz (ADM-Stichprobe)¹⁷ besteht darin, dass die Interviewer einen deutlich geringeren Einfluss auf die Personenauswahl nehmen können. Hinzu kommt, dass bei dem Verfahren keine Haushaltsstichproben gezogen werden, so dass es sich um eine echte Personenstichprobe handelt. Zudem ist im Unterschied¹⁸ zu einem Random Route-Vorgehen eine Vorabkontaktaufnahme mit den Zielpersonen möglich. Erfahrungen aus anderen Studien weisen darauf hin, dass dies gerade im Hinblick auf hochaltrige Personen von großer Bedeutung ist – der Befragte muss dem Interviewer ja den Zutritt zu seiner Wohnung zu gestatten bereit sein. Der wesentliche Nachteil von Ziehungen auf der Basis von Melderegistern – nämlich der Umstand, dass Personen nicht immer dort anzu treffen sind, wo sie einwohnerpolizeilich gemeldet sind – spielt bei jüngeren Befragten (etwa unter Studierenden) zweifellos eine große Rolle, ist bei älteren Menschen jedoch nur sehr eingeschränkt von Bedeutung.

Im Rahmen der aktuellen Studie wurde daher nach reiflicher Abwägung aller Pro- und Contra-Argumente die Entscheidung getroffen, das Sampling-Verfahren gegenüber dem Survey 1992 zu modifizieren und zu einer Stichprobenbildung auf der Basis von Einwohnermeldedaten überzugehen.

Auswahl der Gemeinden

Bei der Auswahl der Anzahl der Gemeinden wurden stichprobentheoretische Gesichtspunkte mit dem Kostenaufwand abgewogen. Dabei war zu beachten, dass eine Mindestanzahl an Gemeinden nicht unterschritten werden durfte, um die Repräsentativität der Stichprobe zu gewährleisten. Nach diesen Überlegungen wurden 75 Gemeinden mit 79 Sample-Points¹⁹ per Zufallsprinzip gezogen, wobei die Auswahlwahrscheinlichkeit der Gemeinden proportional zur Wohnbevölkerung lag. Aufgrund dieser Proportionalität gelangten Großstädte teilweise mit mehreren Sample-Points in die Stichprobe. Auf diese Weise wurde in dem zweiten Auswahlschritt in jeder Gemeinde die gleiche Anzahl bzw. in Großstädten ein Mehrfaches dieser Anzahl von Zielpersonen gezogen.

¹⁷ Beim ADM-Mastersample-Verfahren handelt es sich um ein mehrstufiges, auf der Stimmbezirkseinteilung zu Bundestagswahlen basierendes Prozedere, bei dem zunächst Stimmbezirke (*sample points*) ausgewählt, innerhalb dieser Bezirke dann Haushalte per *Random Route*-Verfahren bestimmt und innerhalb der Haushalte schließlich Personen nach einem vorher festgelegten Verfahren (sog. Schwedenschlüssel) ausgewählt werden. Beim Random-Route-Verfahren wird zunächst nach einem Zufallsverfahren eine Ausgangsadresse bestimmt. Der Interviewer wird von dort aus durch ein System von Wege-Regeln zu Haushalten gelenkt, in denen sodann die zu befragenden Personen ausgewählt werden (zum Random Route-Verfahren vgl. u.a. HOFFMEYER-ZLOTNIK, 1997a; 1997b).

¹⁸ Zwar gibt es auch Random Route-Verfahren mit einer Vorabbegehung durch Institutsmitarbeiter, doch verursacht diese Variante sehr hohe Kosten und spielt daher in der Praxis kaum eine Rolle.

¹⁹ Sample-Points stellen gleich große Personenklumpen dar, die aus dem Register der Einwohnermeldeämter gezogen werden.

Auswahl der Personenadressen

Die Auswahl der Zielpersonen erfolgte in zwei weiteren Schritten. Als erstes wurden von den ausgewählten Gemeinden Personenstichproben angefordert, die diese nach einem vorher festgelegten systematischen Zufallsverfahren zusammenstellten. Aus diesen Adressen wurde die Einsatzstichprobe für das Feld so zusammengestellt, dass pro Sample-Point die gleiche Anzahl an Personenadressen vorlag. Dieser Auswahl-schritt wurde so gestaltet, dass die Altersgruppe der 60-85-Jährigen mit einem etwas höheren Anteil vertreten war, um den in dieser Altersgruppe vor allem auf Grund von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung zu erwartenden höheren Ausfällen vorzubeugen.

Befragungsdurchführung

Interviewereinsatz

Für die Durchführung der Befragung wurden insgesamt 127 Interviewer von *infas* eingesetzt (62 Frauen und 65 Männer). Zwei Drittel der Interviewer gehörten der gleichen Altersgruppe wie die zu befragenden Personen an. Im Schnitt wurden von jedem Interviewer 24 Interviews realisiert. Die Einweisung der Interviewer erfolgte über ein umfangreiches Schulungshandbuch, welches neben Erläuterungen zur Untersuchung auch Anweisungen und Beispiele zur ordnungsgemäßen Durchführung der Interviews enthielt. Die Interviewer wurden während der Erhebungsphase von sechs Einsatzleitern betreut, die als Ansprechpartner für Unklarheiten und Probleme zur Verfügung standen. Darüber hinaus hatten die Einsatzleiter die Aufgabe, den Interviewern Inkonsistenzen und Erhebungsprobleme rückzumelden, sowie den Rücklauf der eingehenden Interviews zu kontrollieren.

Kontaktaufnahme zu den Zielpersonen

An die ausgewählten Zielpersonen wurde zunächst ein persönliches Anschreiben mit der Ankündigung der Befragung versandt. Dieser Brief enthielt neben einer kurzen Erläuterung der Untersuchung Erklärungen zum Datenschutz sowie Telefonnummern von *infas* und KFN für eventuelle Nachfragen. Danach erhielten die Interviewer die Untersuchungsunterlagen und kontaktierten die ihnen zugeteilten Adressen. Zwei Drittel der Interviews konnten spätestens beim zweiten Kontaktversuch geführt werden. In 3% der Fälle mussten mehr als fünf Kontaktversuche unternommen werden; im Durchschnitt waren 2.35 Kontakte erforderlich.

Interviewdauer

Die face-to-face-Interviews dauerten im Durchschnitt 67.1 Minuten (SD = 19.0). Die Spannweite war mit minimal 20 und maximal 180 Minuten enorm. Beide Werte sind allerdings als Ausreißer nach unten bzw. oben zu betrachten; so dauerten lediglich 2.1% der Interviews weniger als 40 Minuten, und nur bei 1.0% der Interviews gaben die Interviewer die Dauer mit mehr als zwei Stunden an.

Zur Dauer der Bearbeitung der *Drop off*-Instrumente durch die Befragten liegen keine Daten vor. Vor dem Hintergrund des Aufbaus des Instruments ist von einer mit Art und Umfang der Nahraum-Viktimisierungserfahrungen der Befragten sehr stark variierenden individuellen Bearbeitungsdauer auszugehen, die bei "wenig Viktimisierten" in der Regel 30 Minuten kaum überschreiten dürfte.

Interviewereinschätzungen zur Zuverlässigkeit der Antworten der Befragten

Von den Interviewern am Ende der Befragung vorgenommene Einschätzungen der Zuverlässigkeit der Antworten sprechen für eine hohe Verlässlichkeit der Daten. Selbstverständlich handelt es sich dabei nicht um objektive Messungen der Datenqualität, sondern um subjektive Einschätzungen von Personen, die unmittelbar an der Datenproduktion beteiligt waren und somit eher ein Interesse an einer Präsentation der Daten als verlässlich haben dürften.

In 94 Prozent der Fälle stuften die Interviewer die Angaben der Zielperson als zuverlässig ein. Lediglich 62 Interviews (2.0%) werden als weniger zuverlässig bewertet²⁰. Bei 43 Interviews (1.4%) beurteilten die Interviewer die Antworten auf einzelne Fragen als weniger zuverlässig. Insbesondere die aus längeren Itembatterien bestehenden Skalen zur Erfassung von Strafeinstellungen, sozialer Unterstützung und akkommodativen Bewältigungsstrategien bereiteten nach Angaben der Interviewer manchen älteren Personen Konzentrationsprobleme, während ein Teil der Befragten mit Migrationshintergrund bei diesen Items Verständnisschwierigkeiten hatte.

Stichprobenausschöpfung

Die Bruttostichprobe umfasste insgesamt 7.663 Adressen. Hiervon sind 361 (4.7%) stichprobenneutrale Ausfälle abziehen. Zu diesen Ausfällen, von denen angenommen werden kann, dass sie die Repräsentativität der Stichprobe nicht beeinträchtigen, zählen Adressen, unter denen die Zielperson nicht (mehr) auffindbar war (2.7% der Adressen). In einem Prozent der Fälle konnte kein Interview geführt werden, weil die Zielperson über keine ausreichenden Deutschkenntnisse verfügte und bei einem weiteren Prozent der Zieladressen war die jeweilige Person verstorben oder in ein Heim übersiedelt. Nach diesen Abzügen ergab sich eine bereinigte Stichprobe von N=7.302 Adressen als Basis für die Prozentuierung bei der Angabe der Ausschöpfungsquoten.

Die systematischen Ausfälle wurden von *infas* in neun Kategorien zusammengefasst, die in Tabelle 2 dargestellt sind. Sie belaufen sich insgesamt auf 56.4%. Nach Eingangs-, Interviewer- und Datenkontrolle wurden 155 Interviews (2.1%) von *infas* als nicht auswertbar deklariert, weil sie beispielsweise nicht mit der richtigen Zielperson geführt worden waren. Somit ergab sich nach Abzug der Ausfälle eine Stichprobe von 3.030 auswertbaren mündlichen Interviews, was einer Ausschöpfungsquote von 41.5% der bereinigten Bruttostichprobe entspricht.

Für die *Drop off*-Befragung wurden separate Ausschöpfungsquoten berechnet, da die Möglichkeit der Teilnahme nur für diejenigen Personen bestand, die bereits an der mündlichen Befragung teilgenommen hatten. Von den 3.030 Personen, mit denen ein auswertbares mündliches Interview geführt werden konnte, haben 2.653 (87.6%) einen *Drop off*-Bogen an den Interviewer direkt zurückgegeben oder per Post an *infas* gesendet. Da 51 Selbstausfüller (1.7%) aufgrund fehlender oder unzureichender Bearbeitung durch die Zielpersonen nicht ausgewertet werden konnten, stehen 2.602 *Drop off*-Fragebögen für die Analysen zur Verfügung; dies entspricht einer Teilnahmequote von 85.9%.

²⁰ 2.1% der Interviews in der Altersgruppe 60-85 Jahre und 1.6% in der Gruppe der 40-59-Jährigen.

Tab. 2: KFN-Viktimisierungssurvey 2005:
Ausschöpfungsquoten und Ausfallgründe

	gesamt		40-59 Jahre		60-85 Jahre	
	N	%	N	%	N	%
Bruttostichprobe	7663	100	2260	100	5331	100
Adresse fehlerhaft; ZP* verzogen	205	2.7	79	3.5	122	2.3
ZP spricht kein Deutsch	78	1.0	32	1.4	46	0.9
ZP lebt in einem Heim	49	0.6	5	0.2	44	0.8
ZP verstorben	29	0.4	5	0.2	24	0.4
stichprobenneutrale Ausfälle gesamt	361	4.7	121	5.35	236	4.4
bereinigte Bruttostichprobe	7302	100	2139	100	5095	100
ZP nicht erreicht	352	4.8	154	7.2	191	3.7
ZP in Feldzeit nicht erreichbar	34	0.5	11	0.5	23	0.4
Kontakt zu ZP verhindert	308	4.2	105	4.9	197	3.9
ZP aus gesundheitlichen Gründen nicht befragbar (krank, geistig, körperlich behindert)	373	5.1	30	1.4	1337	6.6
ZP verweigert ohne nähere Angabe von Gründen	916	12.5	250	11.7	662	13.0
ZP verweigert (keine Zeit, kein Interesse, nicht zum Thema, kein persönliches Interview)	1820	24.9	549	25.7	1234	24.2
ZP verweigert aus Datenschutzgründen	67	0.9	20	0.9	44	0.9
ZP verweigert wegen Länge des Interviews	37	0.5	15	0.7	18	0.4
ZP verweigert aus anderen Gründen	206	2.8	49	2.3	156	3.0
Interview abgebrochen	4	0.1	0	0.0	4	0.1
realisierte Interviews	3185	43.6	956	44.7	2229	43.7
auswertbare Interviews	3030	41.5	907	42.4	2123	41.6
nicht auswertbare Interviews	155	2.1	49	2.3	106	2.1
auswertbare Drop off-Bögen zu auswertbaren Interviews	2602	85.9	773	85.2	1829	86.2

* ZP = Zielperson

Eine nach Altersgruppen differenzierende Betrachtung der Ausschöpfungsraten (s. Tabelle 2) ergab - bezogen auf die bereinigte Bruttostichprobe - für die 40-59-Jährigen eine mit 42.4% leicht höhere Ausschöpfung als für die Gruppe der Älteren (41.6%). Die jüngeren Zielpersonen waren für die Interviewer schlechter erreichbar (in 7.2% der Fälle scheiterte das Interview hieran) als die Älteren (3.7%) und hatten einen höheren Anteil an falschen oder ungültigen Adressen (3.5% im Vergleich zu 2.3%). Andererseits kam in der Gruppe der über 60-Jährigen in 6.6% der Fälle kein Interview zustande, weil die Zielperson aus gesundheitlichen Gründen nicht befragbar war; in der Gruppe der Jüngeren lag dieser Anteil bei 1.4%. Lediglich vier Interviews wurden während der Befragung abgebrochen – in allen vier Fällen handelte es sich um Zielpersonen höheren Alters.

Die Stichprobenausschöpfung für die Interviews liegt mit 41.5% deutlich niedriger als beim Survey 1992. Damals betrug sie - gemessen an der bereinigten Bruttostichprobe - rund 70%, wobei es beträchtliche Altersunterschiede gab. Lag seinerzeit die Ausschöpfungsquote in der für die Bevölkerung ab 16 Jahren repräsentativen Hauptstichprobe bei 72.8% in den alten und 69.9% in den neuen Bundesländern, ergaben sich in einer Zusatzstichprobe über 60-Jähriger Quoten von 63.8% in den alten und 64.3% in den neuen Bundesländern. Häufige Ausfallgründe bei den Älteren waren "Zielperson krank, befragungsunfähig" und "Zielperson während der Laufzeit der Untersuchung am Wohnsitz nicht anwesend". Letzteres kann zu-

mindest zum Teil durch Krankenhaus- und Kuraufenthalte, natürlich auch etwa durch längere Auslandsreisen bedingt sein. Auch die Anzahl der Verweigerungen war – im Gegensatz zur Befragung 2005 - in der Zusatzstichprobe höher als in der Repräsentativstichprobe.

Die 1992 im Vergleich zur vorliegenden Untersuchung *insgesamt* weitaus niedrigeren Stichprobenausfälle müssen vor dem Hintergrund verschiedener Einflussfaktoren betrachtet werden:

- Quasi als Hintergrundfaktor ist zu berücksichtigen, dass die Teilnahmequoten in Bevölkerungsbefragungen insgesamt zurückgehen; so sank beim ALLBUS 2002 die Teilnahmequote erstmals deutlich unter die 50%-Marke (vgl. KOCH, 2004). Die allgemein zu verzeichnenden Rückgänge werden auf unterschiedliche Faktoren zurückgeführt, wie etwa auf Veränderungen in Lebensstilen und Wohnformen, ein ungünstiges gesellschaftliches "Befragungsklima", aber auch auf qualitative Defizite bei der Datenerhebung in Deutschland – und möglicherweise bei der Nachfrage nach hochwertigen Daten (vgl. zu dieser Diskussion MOHLER, KOCH & GABLER, 2003).
- Vor allem aber ist zu beachten, dass der Modus der Stichprobenbildung im Vergleich zur Befragung von 1992 grundlegend verändert wurde, indem anstelle eines Random Route-Verfahrens die Ziehung anhand von Daten aus Einwohnermeldeamtsregistern erfolgte. Ein Wechsel von Random Route zu einer Melderegisterstichprobe hat nahezu zwingend Auswirkungen auf die Teilnahmequote, die bei Einwohnermeldestichproben durchweg deutlich niedriger liegt als bei Random Route-Samples. Dies bedeutet jedoch nicht zugleich eine Reduktion der Datenqualität. Im Gegensatz zu Random-Route-Stichproben kann bei einer Personenstichprobe auf Basis von Melderegisterdaten die Ausschöpfung exakt berechnet werden, da die Grundgesamtheit vorab definiert ist. Bei Registerstichproben werden die anhand einer zufällig gezogenen Auswahl von Einwohnermeldeämtern bestimmten Adressen den Interviewern fest vorgegeben, so dass diese deutlich geringere Möglichkeiten haben, das Auswahlverfahren eigenmächtig zu beeinflussen. Diese Überlegung wird insbesondere durch Analysen von KOCH (1998) gestützt. In einem Vergleich verschiedener allgemeiner face-to-face-Bevölkerungsbefragungen zeigte sich, dass die niedrigere Ausschöpfungsquote bei Registerstichproben nicht mit einer entsprechend geringeren Datenqualität einhergeht. Es fanden sich keine empirischen Hinweise darauf, dass der Nonresponse-Bias mit der Höhe der berichteten Ausschöpfung abnimmt. In allen untersuchten Bevölkerungsbefragungen waren Ältere, Personen mit geringer schulischer und beruflicher Qualifikation, Alleinlebende sowie Ledige, Verwitwete und Geschiedene unterrepräsentiert. Bei Befragungen nach ADM-Design werde "die faktische Bruttostichprobe (...) durch die Interviewer (...) gebildet." Daher sei "nicht auszuschließen, dass Interviewer die strikte Einhaltung der Random-Anweisungen zugunsten der Realisierung einer möglichst großen Zahl von Interviews opfern und undokumentiert schwer erreichbare oder kooperationsunwillige Zielpersonen gegen leichter erreichbare und kooperative Personen substituieren" (KOCH, 1998, S. 81). KOCH wirft die Frage auf, "inwieweit die berichteten Ausschöpfungsergebnisse - insbesondere die hohen Werte von 70 Prozent und mehr - die Realität korrekt wiedergeben. Womöglich resultiert der fehlende Zusammenhang zwischen der Höhe der Ausschöpfung und dem Ausmaß des Nonresponse-Bias daraus, dass die betrachteten Umfragen sich de facto in der Ausschöpfung doch nicht so sehr unterscheiden, wie die berichteten Quoten es nahe legen" (KOCH, 1998, S. 81). Schließlich – darauf weisen SCHNEEKLOTH & LEVEN (2003, S.22f.) in ihren Analysen zu Nonresponse in zufallsbasierten Stichprobenerhebungen hin – führt "Nonresponse (...) nur dann zu einer Verschlechterung der Erwartungstreue, wenn damit systematisch eine Unterausschöpfung von bestimmten Bevölkerungsgruppen verbunden ist. Ein Nonresponse, der mehr oder weniger zufällig verteilt ist, ist hingegen unter Qualitätsgesichtspunkten betrachtet unerheblich" (SCHNEEKLOTH & LEVEN, 2003, S.19).

2.1.4. Grundmerkmale und Repräsentativität der Stichprobe

An der Befragung teilgenommen haben 3.030 Personen; davon 1.464 Männer (48.3%) und 1.566 Frauen (51.7%). Das Durchschnittsalter der Befragten beträgt 63.39 Jahre (SD = 11.49) und ist bei den Frauen mit 63.95 Jahren (SD = 11.81) gut ein Jahr höher als bei den Männern (62.78 Jahre; SD = 11.12).

Die Stichprobe ist – aufgrund des geänderten Alterszuschnitts - insgesamt natürlich deutlich älter als die des KFN-Viktimisierungssurvey 1992 (Durchschnittsalter damals 50.0 Jahre). Werden die beiden Altersgruppen miteinander verglichen, so hat sich das Durchschnittsalter der 40-59-Jährigen gegenüber dem Survey 1992 nur geringfügig erhöht (auf nunmehr 49.0 Jahre gegenüber 48.7 im Jahr 1992), während in der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren ein Zuwachs um immerhin ein ganzes Jahr zu verzeichnen ist (auf 69.7 Jahre gegenüber 68.7 im Jahr 1992).

Zum Befragungszeitpunkt lebten 2.355 Befragte (77.7%) in den alten Bundesländern, 146 (4.8%) in Berlin und 529 (17.5%) in den neuen Bundesländern.

Von 2.602 Personen (1.251 Männer, 1.351 Frauen) liegt ein auswertbarer *Drop off* vor (85.9%). Die Rücklaufquote des *Drop off* liegt in den alten Bundesländern mit 85.3% etwas niedriger als in den neuen Bundesländern (87.5%) und in Berlin (89.0%).

Vergleiche soziodemographischer Merkmale der Bruttostichprobe und der realisierten Stichprobe auf der Grundlage von Daten der 75 Einwohnermeldeämter lassen darauf schließen, dass die erhobenen Daten als repräsentativ betrachtet werden können (vgl. Tabelle 3).

Tab. 3: KFN-Viktimisierungssurvey 2005:
Soziodemographische Basismerkmale in
(unbereinigter) Bruttostichprobe und realisierter Stichprobe
(Angaben in %)

	Bruttoeinsatzstichprobe (N=7.663)	realisierte Stichprobe (N=3.030)
Geschlecht		
männlich	46.1	48.2
weiblich	53.4	51.6
keine Angabe	0.4	0.3
Alter		
40-59 Jahre	29.1	28.9
60-85 Jahre	69.3	69.5
keine Angabe	1.5	1.6
Staatsangehörigkeit		
deutsch	89.2	89.6
nicht deutsch	4.3	3.0
keine Angabe	6.5	7.3
Region		
West	81.1	80.2
Ost	18.9	19.8

Der Übersicht in Tabelle 3 ist zu entnehmen, dass hinsichtlich der Repräsentativität der realisierten Stichprobe in Bezug auf die genannten Merkmale lediglich kleinere Einschränkungen zu machen sind. Frauen sind in der Stichprobe ein wenig unter-, Männer entsprechend überrepräsentiert. Hinsichtlich der beiden

großen Altersgruppen sind die Verteilungen in Brutto- und realisierter Stichprobe sehr ausgeglichen. Die Abweichungen liegen unter 0.3 Prozentpunkten und können vernachlässigt werden.

Während der Anteil deutscher Zielpersonen dem in der Bruttostichprobe entspricht, sind ausländische Befragte in der realisierten Stichprobe unterrepräsentiert (mit 3.0 gegenüber 4.3%). Allerdings ist hier auch der Anteil der Fälle ohne Angabe zur Staatsangehörigkeit höher, so dass keine abschließende Bewertung der Repräsentativität vorgenommen werden kann. Die regionale Verteilung zeigt lediglich geringfügige Abweichungen von unter einem Prozentpunkt zwischen beiden Stichproben. Insgesamt ergeben sich aus dem Vergleich von eingesetzter Bruttostichprobe und der in der Erhebung realisierten Stichprobe nur geringe Hinweise auf eine Selektivität hinsichtlich grundlegender soziodemographischer Merkmale.

Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang die Frage, inwieweit es gelungen ist, die Alters- und Geschlechterverteilung in der Gruppe der Älteren abzubilden. Tabelle 4 stellt die Alters- und Geschlechterverteilung in der älteren Teilstichprobe (≥ 60 Jahre) derjenigen im entsprechenden Alterssegment in der Bevölkerung der Bundesrepublik gegenüber.

Tab. 4: KFN-Viktimisierungssurvey 2005:
Alters- und Geschlechterverteilung in der Stichprobe
und in der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland
 (Stichtag für die Bevölkerungsdaten: 31.12.2004)

Altersgruppe	Bevölkerung Bundesrepublik				Stichprobe Viktimisierungssurvey			
	weiblich		männlich		weiblich		männlich	
	n	%	n	%	n	%	n	%
60-64 Jahre	2.643.385	13.80	2.554.391	13.34	272	13.02	282	13.50
65-69 Jahre	2.716.684	14.18	2.474.740	12.92	294	14.07	321	15.37
70-74 Jahre	1.983.682	10.36	1.628.184	8.50	209	10.00	201	9.62
75-79 Jahre	1.823.742	9.52	1.183.437	6.18	150	7.18	137	6.56
80-85 Jahre	1.504.198	7.85	641.468	3.35	154	7.37	69	3.30

Tabelle 4 macht deutlich, dass die Abweichungen von der Grundstruktur der Bevölkerung gering sind und die Stichprobe die "demographische Realität" insgesamt gut abbildet. Die Gruppe der 65-69-jährigen Männer ist etwas über-, die der 75-79-jährigen Frauen etwas unterrepräsentiert. Insgesamt aber entspricht die Stichprobe bis in die Mitte der 9. Lebensdekade hinein recht gut der Zusammensetzung der älteren Bevölkerung der Bundesrepublik nach Geschlecht und Lebensalter.

Dieser positive Befund schließt die Einschränkung ein, dass eine solche Befragung die Erfahrungen bestimmter im höheren Lebensalter überrepräsentierter Gruppen – insbesondere Pflegebedürftiger und hier vor allem Demenzkranker – nicht angemessen repräsentieren kann; aus eben dieser Überlegung ergibt sich die Gesamtstruktur des Projekts "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen", welche mehrere Untersuchungskomponenten einschließt, die das Ziel verfolgen, Viktimisierungserfahrungen Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich über geeignete methodische Zugänge abzubilden.

2.1.5. Erste Ergebnisse der KFN-Viktimisierungsbefragung 2005

Im Folgenden werden Basisdaten des KFN-Viktimisierungssurvey 2005 wiedergegeben. Die Darstellung konzentriert sich auf folgende Bereiche:

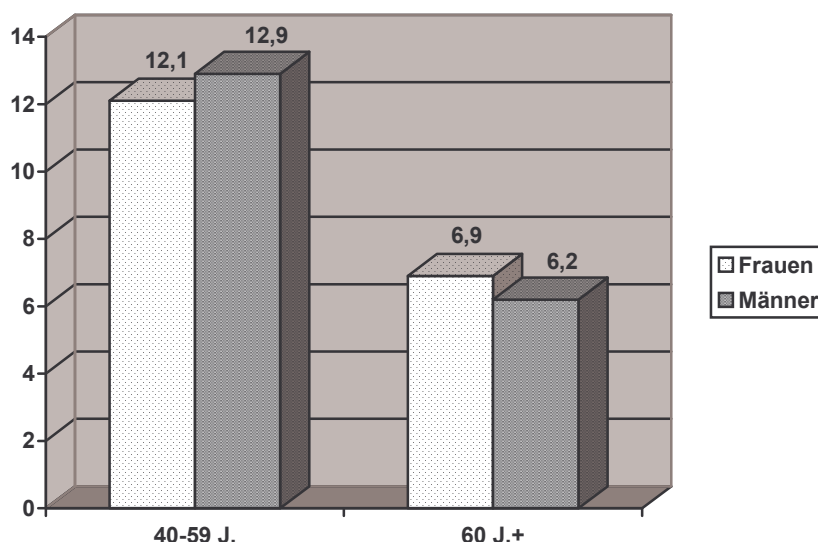
- im persönlich-mündlichen Interview berichtete Opfererfahrungen im Hinblick auf Vermögens-, Gewalt- und Sexualstraftaten
- ebenfalls den face-to-face-Befragungen entstammende Daten zu kriminalitätsbezogenen Wahrnehmungen, Befürchtungen und Einschätzungen sowie zu von den befragten Personen zum Schutz vor Viktimisierungen ergriffenen Maßnahmen
- Befunde zu Erfahrungen mit Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder auf der Basis der schriftlichen Befragung.

Der Bericht beschränkt sich auf Prävalenzen, d.h. auf die Frage der Verbreitung von Kriminalitäts- und Gewalterfahrungen in bestimmten Zeiträumen. Inzidenzdaten werden im Verlauf der weiteren Analysen ausgewertet.

2.1.5.1. Kriminalitätserfahrungen im höheren Lebensalter

Die Daten des KFN-Viktimisierungssurvey 2005 ergeben in Bezug auf ältere Menschen insgesamt ein eher undramatisches Bild. Im Bereich der allgemeinen Kriminalität wurden – wie im Survey 1992 – im persönlich-mündlichen Interview 16 Gewalt-, Sexual- und Vermögensdelikte erfragt. Der Anteil derjenigen, die innerhalb der letzten 12 Monate von mindestens einer dieser Taten betroffen waren, liegt bei Männern wie Frauen in der Gruppe der 40-59-Jährigen (M: 12.9%, F: 12.1%) etwa doppelt so hoch wie bei den 60-Jährigen und Älteren (M: 6.2%, F: 6.9%).

Abb. 1: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:
Gewalt-, Sexual-, Vermögensstraftaten: Opferanteile 2004
(in %) nach Alter und Geschlecht



Dieses Bild einer im Alter geringeren Gefährdung wiederholt sich in nahezu allen Deliktsfeldern (vgl. Tabelle 5). Lediglich beim Handtaschenraub ist eine merkliche Höhergefährdung älterer Frauen festzustellen (ein Befund, den auch bereits die KFN-Befragung des Jahres 1992 erbracht hatte).

Tab. 5: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:
Gewalt-, Sexual-, Vermögensstraftaten: 12-Monats-Prävalenzen
(für Jahr 2004) nach Alter und Geschlecht²¹

Delikt	Frauen				Männer			
	<60 J. (n=471)		60 J.+ (n=1084)		<60 J. (n=443)		60 J.+ (n=1012)	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Handtaschenraub	3	0.6	12	1.1	0	0.0	0	0.0
sonstige Raubdelikte	0	0.0	0	0.0	1	0.2	1	0.1
Wohnungseinbruch	2	0.4	7	0.6	7	1.6	5	0.5
Einbruch sonst. Räumlichkeiten	8	1.7	8	0.7	5	1.1	14	1.4
Kfz-Diebstahl	0	0.0	0	0.0	1	0.2	1	0.1
Diebstahl aus Kfz	2	0.4	6	0.6	1	0.2	4	0.4
Kfz-Sachbeschädigung	11	2.3	16	1.5	18	4.1	14	1.4
Kraftad-Diebstahl	1	0.2	0	0.0	1	0.2	1	0.1
Fahrrad-Diebstahl	19	4.0	9	0.8	12	2.7	8	0.8
andere Diebstahlsdelikte	7	1.5	12	1.1	6	1.4	6	0.6
Körperverletzung mit Waffen	1	0.2	0	0.0	3	0.7	1	0.1
Körperverletzung ohne Waffen	1	0.2	0	0.0	7	1.6	2	0.2
Bedrohung/Nötigung	3	0.6	3	0.3	3	0.7	3	0.3
sexuelle Belästigung	1	0.2	3	0.3	0	0.0	0	0.0
sex. Nötigung/Vergewaltigung oder Versuch	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Betrug	5	1.1	14	1.3	12	2.7	9	0.9
mindestens 1 der 16 Delikte	57	12.1	75	6.9	57	12.9	63	6.2

Vereinzelt zeigen sich neben dem Handtaschenraub auch in einigen anderen Deliktsfeldern etwas höhere Anteile älterer Opfer (so bei den Frauen beim Diebstahl aus Kfz und beim Betrug, erstaunlicherweise auch bei der sexuellen Belästigung, bei den Männern beim Einbruch in sonstige Räumlichkeiten sowie ebenfalls beim Diebstahl aus Kfz); die Differenzen sind allerdings gering bzw. die Opferzahlen sehr klein. Insgesamt wird deutlich, dass die Schwerpunkte der Opferbelastung sowohl für ältere Menschen als auch für die Gruppe der Jüngeren im Bereich der Eigentums- und Vermögensdelikte und dort eher bei den leichteren Formen liegen (Fahrraddiebstähle, Sachbeschädigungen an Kfz etc.).

Hingegen sind die berichteten Prävalenzen im Bereich der Gewaltstraftaten niedrig. Neben Handtaschenraub werden vor allem leichtere Formen von Gewaltdelikten, wie die (inhaltlich sicherlich sehr disparate) Kategorie "Bedrohung/Nötigung" und Fälle der Körperverletzung ohne Einsatz von Waffen angegeben.

Der Altersgruppenunterschied im Viktimisierungsrisiko (insgesamt) ist bei den Frauen etwas stärker ausgeprägt als bei den Männern.

Auch der Blick auf 5-Jahres-Prävalenzen (vgl. Tabelle 6) verdeutlicht, dass insgesamt eine geringere Gefährdung der höheren Altersgruppe vorliegt. Angesichts der Tatsache, dass sich 5-Jahres-Prävalenzen bei grundsätzlich seltenen Ereignissen wie Kriminalitätserfahrungen etwas robuster gegenüber kurzfristigen

²¹ Die Prozentwerte beziehen sich jeweils auf die Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Gruppe (inkl. event. Missings), stellen insofern konservative Schätzungen der Prävalenz dar.

Schwankungen erweisen, ist bemerkenswert, dass bei einer solch längerfristigen Betrachtung sogar die Höhergefährdung Älterer beim Handtaschenraub nahezu verschwindet.

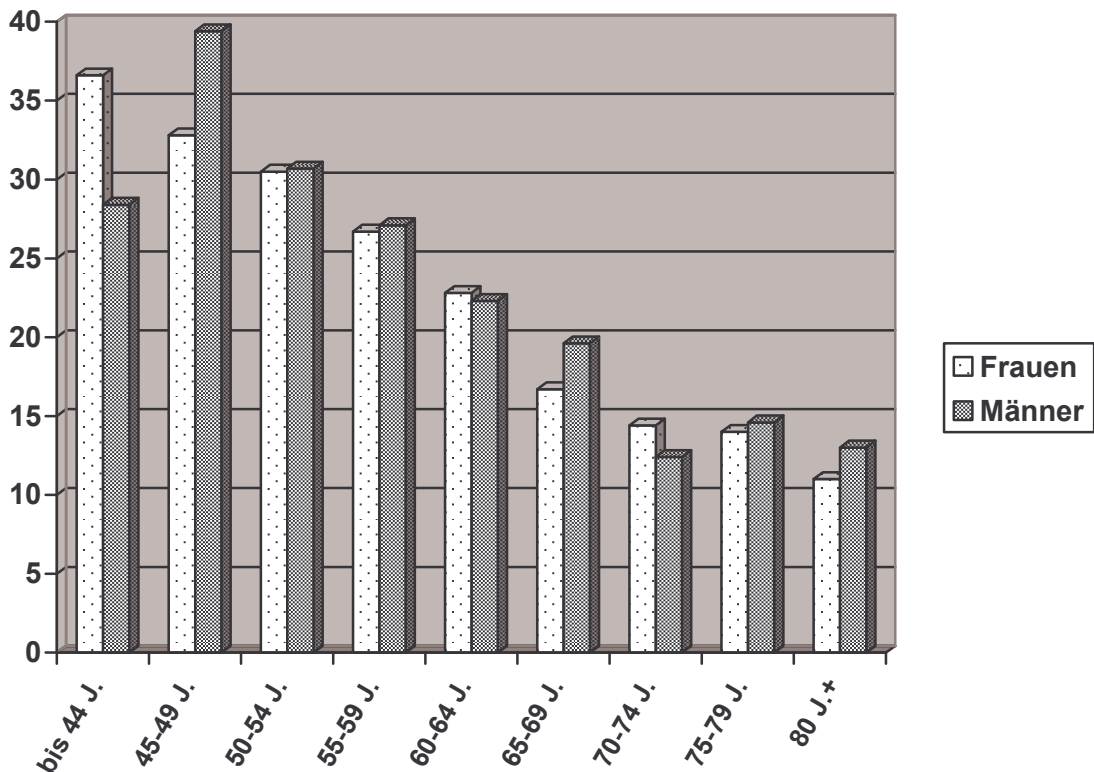
Tab. 6: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:
Gewalt-, Sexual-, Vermögensstraftaten: 5-Jahres-Prävalenzen (2000-2004)
nach Alter und Geschlecht²²

Delikt	Frauen				Männer			
	<60 J. (n=471)		60 J.+ (n=1084)		<60 J. (n=443)		60 J.+ (n=1012)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Handtaschenraub	11	2.3	26	2.4	2	0.5	8	0.8
sonstige Raubdelikte	1	0.2	6	0.6	4	0.9	7	0.7
Wohnungseinbruch	10	2.1	15	1.4	14	3.2	18	1.8
Einbruch sonst. Räumlichkeiten	21	4.5	23	2.1	23	5.2	36	3.6
Kfz-Diebstahl	3	0.6	1	0.1	4	0.9	5	0.5
Diebstahl aus Kfz	12	2.5	20	1.8	16	3.6	21	2.1
Kfz-Sachbeschädigung	44	9.3	45	4.2	46	10.4	50	4.9
Kraftrad-Diebstahl	2	0.4	0	0.0	2	0.5	1	0.1
Fahrrad-Diebstahl	59	12.5	34	3.1	40	9.0	28	2.8
andere Diebstahlsdelikte	18	3.8	27	2.5	11	2.5	21	2.1
Körperverletzung mit Waffen	1	0.2	0	0.0	6	1.4	7	0.7
Körperverletzung ohne Waffen	1	0.2	2	0.2	13	2.9	10	1.0
Bedrohung/Nötigung	7	1.5	4	0.4	8	1.8	6	0.6
sexuelle Belästigung	11	2.3	6	0.6	1	0.2	2	0.2
sex. Nötigung/Vergewaltigung oder Versuch	1	0.2	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Betrug	16	3.4	30	2.8	26	5.9	28	2.8
mindestens 1 der 16 Delikte	150	31.8	180	16.6	137	30.9	180	17.8

Abbildung 2 stellt für jeweils 5 Altersjahrgänge und getrennt nach Geschlechtern die 5-Jahres-Prävalenzen für die Gesamtheit der 16 erfragten Straftaten dar. Es wird deutlich, dass nicht nur die beiden bislang betrachteten "Blöcke" der 40-59- und 60-85-Jährigen sich in ihren Viktimisierungsrisiken deutlich unterscheiden, sondern dass es einen nahezu linearen Rückgang mit dem Alter gibt. Bei den Frauen sinkt das Opferwerdungsrisiko bei jeder Altersgruppe gegenüber der vorhergehenden. Bei den Männern ist der Verlauf nicht ganz so klar; hier liegt das Risiko nicht in der jüngsten Gruppe, sondern bei den 45-49-Jährigen am höchsten und stagniert zudem nach dem 70. Lebensjahr.

²² Die Prozentwerte beziehen sich jeweils auf die Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Gruppe (inkl. eventueller Missings), stellen also insofern konservative Schätzungen der Prävalenz dar.

Abb. 2: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:
Gewalt-, Sexual-, Vermögensstraftaten: 5-Jahres-Prävalenzen (2000-2004)
nach Alterskategorie und Geschlecht



Vergleich der Befragungen 1992 und 2005

Werden die Viktimisierungsraten der Befragung 1992 mit denen des Jahres 2005 verglichen, so ist im Hinblick auf das, was die Befragten für das Jahr 2004 (bzw. damals 1991) und den Zeitraum 2000-2004 (bzw. 1987-1991) berichten, ein Rückgang zu verzeichnen – und zwar bei Jüngeren wie bei Älteren.

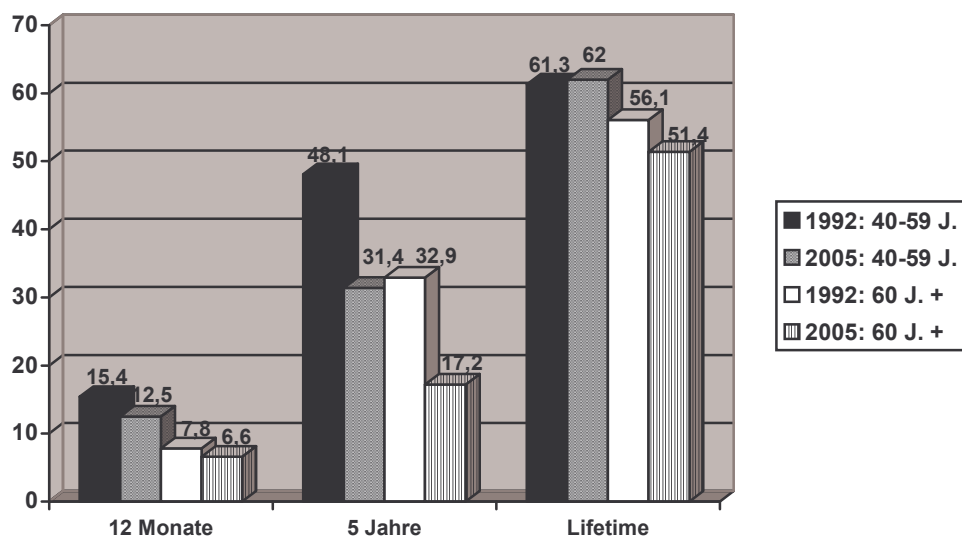
Ein solch klarer Trend zeigt sich – wie Abbildung 3 zeigt - hingegen nicht, wenn danach gefragt wird, ob die Person *irgendwann* in ihrem Leben schon mal Opfer geworden ist. Hier ist in der jüngeren Gruppe 2005 gegenüber der Befragung 1992 sogar ein leichter Anstieg zu verzeichnen, bei den Älteren hingegen ein Rückgang.²³

Der Unterschied zwischen der Entwicklung bei den 12-Monats- und 5-Jahres-Prävalenzen einerseits und den Lebenszeitprävalenzen andererseits weist darauf hin, dass in den Daten ein echter Rückgang von Kriminalitätserfahrungen zum Ausdruck kommt – und nicht etwa nur ein Unterschied zwischen den beiden Stichproben der Jahre 1992 und 2005.

²³ Dies ist auch vor dem Hintergrund historischer Entwicklungen zu sehen. Die 1992 befragte ältere Gruppe (Geburtsjahrgänge vor 1933) hatte Kriegs- und Nachkriegszeit zum Teil bereits als Erwachsene, mindestens aber als Jugendliche erlebt. Dies ist bei den 2005 befragten Älteren nur noch zum Teil der Fall.

Abb. 3: KFN-Viktimisierungsbefragungen 1992 / 2005:

**Vermögens-, Gewalt-, Sexualstraftaten: 12-Monats-,
5-Jahres und Lebenszeitprävalenzen (in %)**



Im Verlauf der weiteren Auswertungen wird das Augenmerk auch darauf gerichtet sein, Unterschiede zwischen den Dunkelfelddaten aus den Befragungen 1992 und 2005 mit Daten der polizeilichen Kriminalstatistik in Abgleich zu bringen. Wenngleich die Zahl der insgesamt polizeilich registrierten Straftaten seit 1993 (ab diesem Jahr liegen gesamtdeutsche Daten vor) nur leicht gefallen ist (1993: 6.75 Millionen, 2004: 6.63 Millionen, 2005: 6.39 Millionen), gibt es in einigen zentralen Deliktsfeldern einen deutlichen Rückgang der polizeilich registrierten Fälle.

Direkte Vergleiche der beiden im Zentrum der Befragungen stehenden Jahre 1991 und 2004 lassen sich (in Ermangelung von Daten für 1991 aus den neuen Bundesländern) nur für die alten Bundesländer (inkl. Berlin) vornehmen. Dort liegt die Zahl der registrierten Wohnungseinbrüche 2004 um 27% niedriger als 1991, die der Kfz-Diebstähle sogar um 49%. Zuwächse gab es u.a. beim Betrug und bei schweren Körperverletzungsdelikten; hier handelt es sich um Deliktsfelder, bei denen in der KFN-Befragung 2005 gegenüber 1992 zumindest keine Abnahme zu verzeichnen war.

Merkmalsprofile älterer Opfer und Nicht-Opfer

In den Tabellen 7 und 8 sind – jeweils bezogen auf die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren - Merkmalsprofile von Opfern und Nicht-Opfern (bzw. von Personen, die in der Befragung für das Jahr 2004 und die 5-Jahresperiode 2000-2004 mindestens eine Viktimisierung berichteten und solchen, die das nicht taten) dargestellt.

Tab. 7: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:
Merkmalsprofile älterer (ab 60 J.) Opfer und Nicht-Opfer von
Vermögens-, Gewalt- und Sexualdelikten im Jahr 2004

Merkmal	Opfer 2004 (n=119)	Nicht-Opfer 2004 (n=1977)
Anteil Frauen	53.8%	51.6%
Durchschnittsalter	68.5 Jahre	69.7 Jahre
durchschnittliches "gefühltes Alter"	59.4 Jahre	63.8 Jahre
Differenz gefühltes – reales Alter	-9.1 Jahre	-5.9 Jahre
Wohnort alte Bundesländer (ohne Berlin)	78.2%	78.8%
nichtdeutsche Staatsbürgerschaft	4.2%	1.6%
Wohnort > 100.000 Einwohner	37.8%	27.3%
BIK-Regionsgrößenklasse 10 (500.000 Ew.+ , Kernbereich)	27.7%	18.0%
Bildungsabschluss maximal Hauptschule	53.8%	68.7%
Hochschulabschluss	14.7%	13.4%
ohne abgeschlossene Ausbildung / Studium	20.2%	20.7%
Arbeitslosigkeit im Lebensverlauf	34.5%	24.9%
Haushalts-Nettoeinkommen <1500 €/Monat	25.3%	46.2%
Haushalts-Nettoeinkommen 3.000 €/+Monat	14.7%	8.5%
Ø Haushaltsgröße (Personen)	1.96	1.90
in Single-Haushalt lebend	22.7%	24.9%
verheiratet und mit Partner lebend	70.6%	69.2%
Ø Qualität Partnerschaft (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht)	1.62	1.53
kinderlos	16.1%	10.2%
Lebensqualität letzte 14 Tage (1 = sehr schlecht, 5 = sehr gut)	3.69	3.63
aktuelles Befinden "mittel" bis "sehr schlecht"	37.8%	37.9%
subjektiv "schlechter" / "sehr schlechter" Gesundheitszustand	11.9%	13.9%
durch chronische Krankheit / Behinderung eingeschränkt	45.4%	43.9%
Pflege-, Hilfebedarf in letzten 5 Jahren	12.1%	13.8%
Körpergröße	1.70 m	1.69 m
Körpergewicht	76.2 kg	76.0 kg
konfessionslos	21.0%	18.3%
sehr starkes politisches Interesse	26.1%	16.2%

Tab. 8: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

**Merkmalsprofile älterer (ab 60 J.) Opfer und Nicht-Opfer von
Vermögens-, Gewalt- und Sexualdelikten in der 5-Jahresperiode 2000-2004**

Merkmal	Opfer 2000-2004 (n= 360)	Nicht-Opfer 2000-2004 (n=1736)
Anteil Frauen	50.0%	52.1%
Durchschnittsalter	68.2 Jahre	70.0 Jahre
durchschnittliches "gefühltes Alter"	61.1 Jahre	64.1 Jahre
Differenz gefühltes – reales Alter	-7.1 Jahre	-5.9 Jahre
Wohnort alte Bundesländer (ohne Berlin)	77.2%	79.0%
nichtdeutsche Staatsbürgerschaft	3.3%	1.4%
Wohnort > 100.000 Einwohner	37.2%	26.0%
BIK-Regionsgrößenklasse 10 (500.000 Ew.+ , Kernbereich)	27.2%	16.7%
Bildungsabschluss maximal Hauptschule	52.6%	70.7%
Hochschulabschluss	15.8%	13.0%
ohne abgeschlossene Ausbildung / Studium	15.6%	21.7%
Arbeitslosigkeit im Lebensverlauf	31.1%	24.2%
Haushalts-Nettoeinkommen < 1500 €/Monat	39.2%	46.6%
Haushalts-Nettoeinkommen 3000 €/+/Monat	15.0%	7.6%
Ø Haushaltgröße (Personen)	1.90	1.91
in Single-Haushalt lebend	24.0%	24.9%
verheiratet und mit Partner lebend	69.8%	69.2%
Ø Qualität Partnerschaft (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht)	1.55	1.53
kinderlos	13.5%	9.9%
Lebensqualität letzte 14 Tage (1 = sehr schlecht, 5 = sehr gut)	3.64	3.63
aktuelles Befinden "mittel" bis "sehr schlecht"	36.7%	38.2%
subjektiv "schlechter" / "sehr schlechter" Gesundheitszustand	11.5%	14.3%
durch chronische Krankheit / Behinderung eingeschränkt	43.7%	44.0%
Pflege-, Hilfebedarf in letzten 5 Jahren	13.6%	13.7%
Ø Körpergröße	1.70 m	1.69 m
Ø Körpergewicht	76.1 kg	76.0 kg
konfessionslos	20.3%	18.0%
sehr starkes politisches Interesse	21.9%	15.6%

Die in Tabelle 8 einander gegenübergestellten Gruppen der älteren Opfer und der Nicht-Opfer unterscheiden sich in einer Reihe von Merkmalen kaum voneinander. Dies betrifft etwa Geschlecht, Körpergröße und Gewicht, Haushaltsgröße und Partnerschaftsmerkmale sowie auch den Wohnort in den alten oder den neuen Bundesländern. Auch im Hinblick auf die gesundheitliche Verfassung sind die Differenzen eher gering. Beide Gruppen beurteilen ihre Lebensqualität sehr ähnlich (und überwiegend positiv); die Anteile

derjenigen, die ihr aktuelles Befinden nicht als "gut" oder "sehr gut" bezeichnen, unterscheiden sich kaum (und liegen in Bezug auf die 5-Jahres-Prävalenzen sogar bei den Opfern noch etwas niedriger - und damit günstiger - als bei den Nicht-Opfern).

Die Opfer sind im Durchschnitt etwas jünger als die Nicht-Opfer, und insbesondere im Hinblick auf Viktimisierungen im Jahr 2004 liegt das "gefühlte Alter" der Opfer mit gut 59 Jahren deutlich unter dem der Nicht-Opfer, die sich im Durchschnitt knapp 64 Jahre alt fühlen.

In anderen Bereichen zeigen sich deutliche Unterschiede: Diejenigen, die 2004 bzw. im Zeitraum 2000-2004 Opfer einer Straftat wurden, leben häufiger als die Nicht-Opfer in größeren Städten und in den Kernzonen städtischer Ballungsräume. Der Anteil derjenigen, deren formaler Bildungsabschluss maximal einem Hauptschulabschluss entspricht, ist unter den Nicht-Opfern deutlich höher; in dieser Gruppe finden sich auch entsprechend mehr Befragte mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen unter 1.500 € und weniger mit Einkommen von 3.000 € und mehr. Der Anteil derjenigen, die im Lebensverlauf mindestens einmal eine Phase der Arbeitslosigkeit erlebt haben, ist unter den Opfern erhöht. Ebenso finden sich in dieser Gruppe mehr politisch sehr stark Interessierte, mehr Kinderlose und etwas mehr Menschen, die keiner Konfession angehören.

Diese ersten bivariaten Betrachtungen weisen darauf hin, dass soziodemographischen Merkmalen als Prädiktoren selbstberichteter Viktimisierung Bedeutung zukommen kann. Der deutliche Zusammenhang mit der Siedlungsstruktur deckt sich mit auf Hell- wie Dunkelfelddaten beruhendem Wissen über Viktimisierungsrisiken hinsichtlich einer stärkeren Kriminalitätsbelastung in Ballungsräumen. Wesentliche Erklärungsansätze für diese erhöhte Kriminalitätsrate in Großstädten liegen in den Bereichen aus Täterperspektive günstiger Tatgelegenheitsstrukturen²⁴ in großstädtischen Räumen, sozialer Desintegration in städtischen Umgebungen sowie reduzierter informeller Sozialkontrolle (vgl. zu diesen Diskussionen u.a. BURSIK & GRASMICK, 1993; EISNER, 1997; 2001; KURY, OBERGFELL-FUCHS & WÜRGER, 2000).

Unterschiede im Haushaltseinkommen und im Bildungsniveau sind in Verbindung mit dem Umstand zu sehen, dass es sich bei den berichteten Viktimisierungen vornehmlich um solche im Bereich der Eigentums- und Vermögensdelikte handelt. Personen mit einem höheren Einkommen sind in dieser Hinsicht meistens nicht nur attraktivere Opfer, sondern können entstandene materielle Verluste auch besser kompensieren. Entsprechend finden sich keine nennenswerten Unterschiede in der Beurteilung der Lebensqualität zwischen Opfern und nicht Opfern.

Zugleich muss die Möglichkeit in Erwägung gezogen werden, dass sich in den dargestellten Profilen auch Unterschiede in Präzision und Verlässlichkeit des Berichtsverhaltens der Befragten widerspiegeln, möglicherweise auch mit soziodemographischen Merkmalen variierende Verständnisse einzelner Fragen (vgl. zu dieser Problematik u.a. WITTICH, GÖRGEN & KREUZER, 1998).

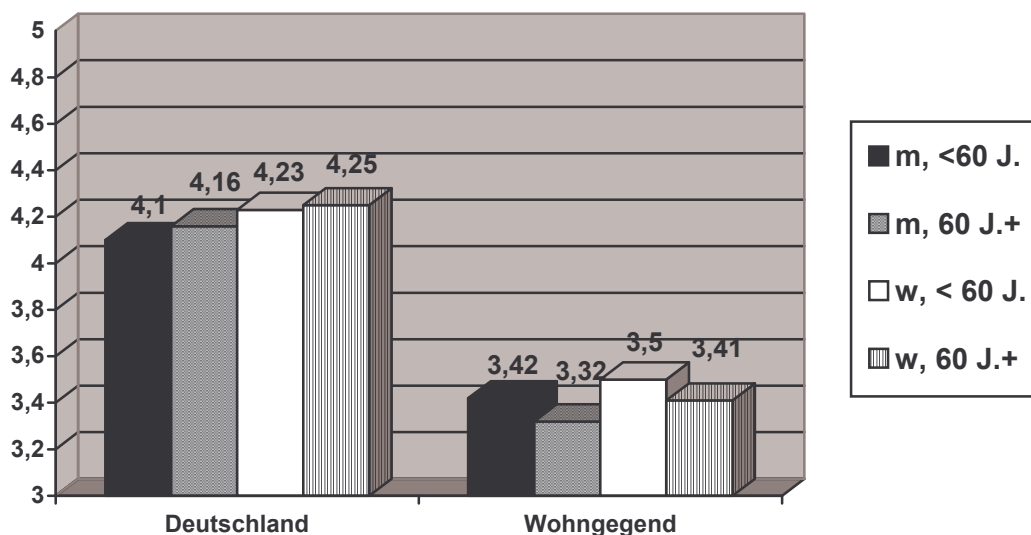
²⁴ Zu Tatgelegenheitsstrukturmodellen und Ansätzen situativer Kriminalprävention vergleiche unter anderem CLARKE (1997), CORNISH & CLARKE (2003), FELSON & CLARKE (1998), HOCHSTETLER (2001), KUBE (1990), WORTLEY (1998).

2.1.5.2. Kriminalitätsfurcht, Sicherheitsgefühl, Vorsichts- und Vermeideverhalten

Wahrnehmung der Kriminalitätsentwicklung in Deutschland und in der eigenen Wohngegend: Die Teilnehmer der Untersuchung wurden für Kriminalität insgesamt und auch für verschiedene Deliktsbereiche gefragt, wie sich nach ihrer Einschätzung die Zahl der einschlägigen Taten in den letzten zehn Jahren in Deutschland einerseits und in der jeweiligen Wohngegend andererseits entwickelt habe. Abbildung 4 zeigt die Ergebnisse für die insgesamt wahrgenommene Entwicklung der Kriminalität in den letzten zehn Jahren.²⁵ Generell wird für diesen Zeitraum eine starke Zunahme der Kriminalität angenommen; dies von Älteren noch etwas mehr als von Jüngeren. Im Vergleich hierzu wird die Entwicklung im Wohnumfeld deutlich positiver eingeschätzt – und dies vor allem von Älteren.

Abb. 4: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

**Wahrgenommene Kriminalitätsentwicklung in den letzten 10 Jahren
in Deutschland und in der eigenen Wohngegend**
(1=starke Abnahme, 3 = keine Veränderung, 5 = starke Zunahme)



Auf Deliktsebene zeigt sich, dass für die Bundesrepublik Deutschland die stärksten Zuwächse für Sachbeschädigung, Drogenhandel und sexuellen Kindesmissbrauch angenommen werden, etwas schwächere für Raub, Wohnungseinbruch und Körperverletzung, sowie moderate bei Sexual- und Tötungsdelikten.

In der eigenen Wohngegend werden deutliche Zuwächse einzig und allein bei der Sachbeschädigung wahrgenommen, schwächere bei Drogenhandel und Wohnungseinbruch. Für alle anderen Delikte bewegen sich die Ratings eng um den Wert 3 ("gleich häufig geblieben"), während die Befragten bei Tötungs- und Sexualdelikten sogar eine leichte Verbesserung der Lage wahrnehmen.

"Standardfrage" Kriminalitätsfurcht: Kriminalitätsfurcht wurde im Rahmen der vorliegenden Untersuchung in differenzierter Weise erfasst. Dabei kam auch die in einer großen Anzahl von Untersuchungen verwendete, in der Literatur jedoch (mit Recht) vielfach kritisierte²⁶ so genannte "Standardfrage" zur Erfassung von Kriminalitätsfurcht zum Einsatz ("Wie sicher fühlen Sie sich oder würden Sie sich fühlen,

²⁵ Bei der Auswertung wurden diejenigen ausgeklammert, die angaben, noch nicht seit zehn Jahren in der Bundesrepublik bzw. in der jetzigen Wohngegend zu leben.

²⁶ Zur Kritik an der Qualität derartiger Standardindikatoren vgl. z.B. FERRARO & LAGRANGE, (1987), FATTAH (1993), FARRAL, BANNISTER, DITTON & GILCHRIST (1997), KURY, LICHTBLAU, NEUMAIER & OBERGFELL-FUCHS (2004), REUBAND (2000).

wenn Sie hier in der Gegend nachts draußen alleine sind?"; vgl. KURY, DÖRMANN, RICHTER & WÜRGER, 1992). Der lange Zeit als scheinbar empirisch fundierte Gewissheit gehandelte Befund, dass ältere Menschen mehr Kriminalitätsfurcht haben als Jüngere, gründet sich in erster Linie auf Studien, in denen diese "Standardfrage" eingesetzt wurde. Abbildung 5 zeigt tatsächlich ein etwas stärker ausgeprägtes Unsicherheitsgefühl in der Gruppe der 60-85-Jährigen als bei den Jüngeren.

Diese Standarderfassung von Kriminalitätsfurcht bringt jedoch einige Probleme mit sich (vgl. u.a. KURY et al., 2004):

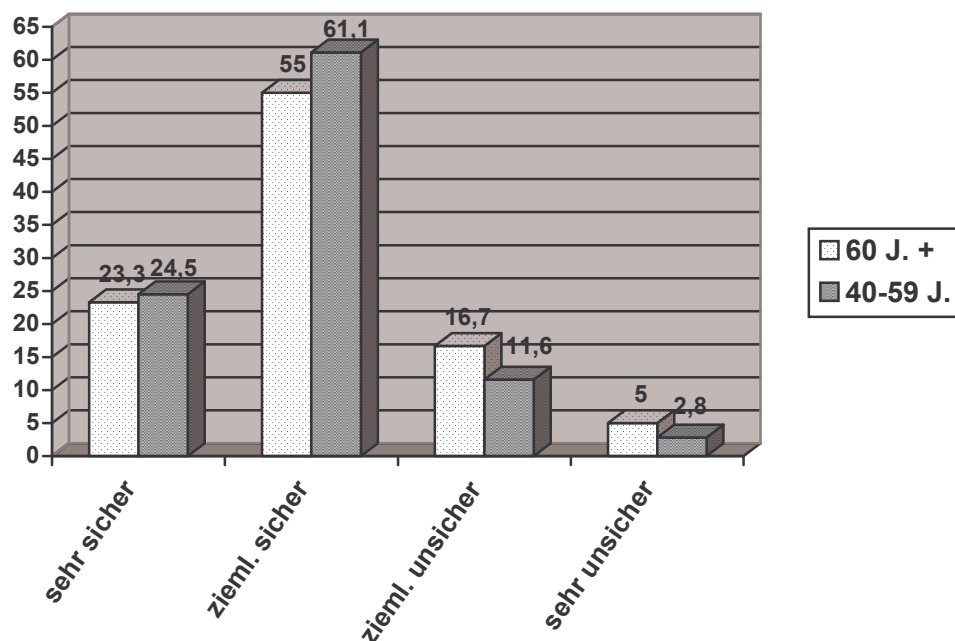
(1) Es handelt sich um eine in Bezug auf Kriminalität unspezifische Frage, die eher ein allgemeines Unsicherheitserleben misst als die spezifische Angst, Opfer einer kriminellen Handlung zu werden. So weist FATTAH (1993, S.53) mit Recht darauf hin, dass die "Standardfrage" Kriminalität als den vermuteten Bezugspunkt des erfragten Sicherheitsgefühls nicht erwähnt und vom Befragten auch auf unbeleuchtete Baustellen oder nicht angeleinte Hunde bezogen werden könnte.

(2) Hinzu kommt, dass die Frage zum Teil hypothetisch formuliert ist ("würden Sie sich fühlen, wenn Sie ..."), wodurch Kriminalitätsfurcht losgelöst von realem Verhalten und Erleben erfasst wird. Eine etwaige Argumentation im Sinne von "wenn die Person nachts nicht rausgeht, dann doch wohl, weil sie sich draußen fürchtet", greift nicht, da die denkbaren Motive und Ursachen derartigen Verhaltens sehr vielfältig sind und auch in von Kriminalität und Kriminalitätsfurcht völlig unabhängigen Lebensstil- und Gesundheitsmerkmalen begründet sein können. So stellten KURY et al. (2004) in einer Untersuchung zur Validität der Erfassung von Kriminalitätsfurcht fest, dass ein Großteil der Befragten angab, es würde ihrem Tagesrhythmus widersprechen, sich nachts alleine in der eigenen Wohngegend draußen aufzuhalten – völlig unabhängig davon, ob sie Angst hätten oder nicht.

Abb. 5: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

"Standardfrage" Kriminalitätsfurcht

(= nächtliches Sicherheitsgefühl draußen alleine in Wohngegend, Angaben in %)



Summarische Frage nach Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend: Die Schwächen der Standardfrage legen nahe, die mit ihr erfassten Ergebnisse lediglich unter Berücksichtigung weiterer Indikatoren zu interpretieren. Mit Bezug auf die häufig geäußerte Kritik an der fehlenden Differenzierung dieser Erfassungsform weist GREVE (2004) darauf hin, dass die Standarderfassung einen verhaltensbezogenen Bias enthält („nachts – draußen – allein“), der eine künstliche Überschätzung von Kriminalitätsfurcht im Alter zur Folge hat. Dieses Argument wird auch durch die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung gestützt. Bereits wenn die "Verhaltensunterstellung", die in der so genannten Standardfrage liegt, herausgenommen und lediglich nach der erlebten Sicherheit oder Unsicherheit in der eigenen Wohngegend gefragt wird, verschwindet der soeben konstatierte Altersunterschied.

Abb. 6: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

Sicherheitsgefühl in eigener Wohngegend
(in % der Befragten)

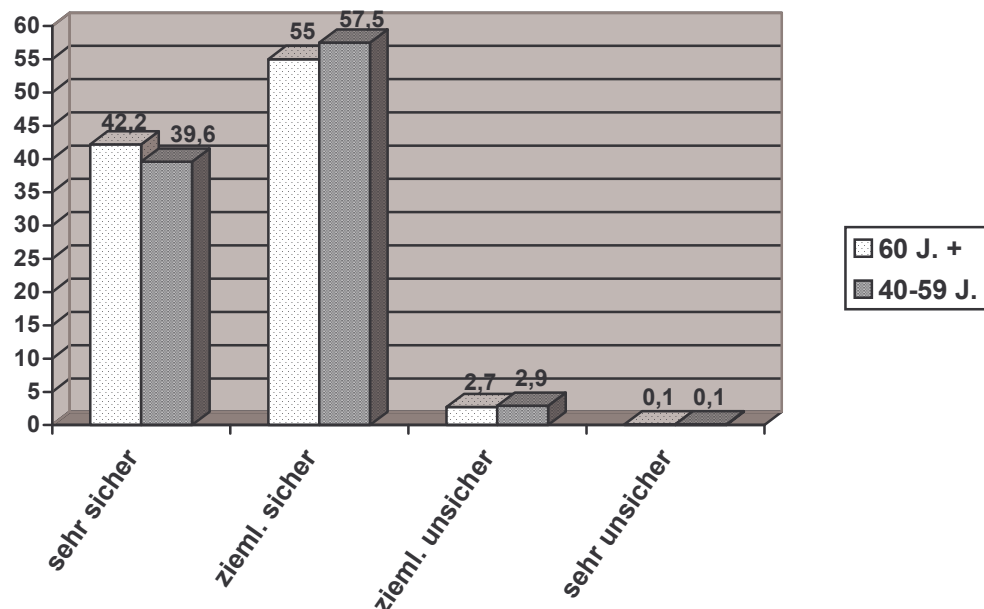


Abbildung 6 zeigt, dass der Anteil derjenigen, die angeben, sich in ihrer Wohngegend insgesamt "sehr sicher" zu fühlen, bei den 60-85-Jährigen sogar noch etwas größer ist als in der Gruppe der 40-59-Jährigen. In beiden Altersgruppen liegt der Anteil derer, die die eigene Wohngegend als "ziemlich unsicher" oder "sehr unsicher" erleben, in der Größenordnung von 3%.

Ein zentraler Unterschied zwischen dieser und der so genannten Standardfrage liegt darin, dass bei der summarischen Frage nach dem Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend kein Verhalten unterstellt wird, welches die Befragten möglicherweise niemals zeigen. Zudem begrenzt diese Frage das Sicherheitserleben nicht auf einen bestimmten Tagesabschnitt (Nacht) und nicht auf den Bereich außerhalb der eigenen Wohnung.²⁷

²⁷ Während die "Standardfrage" in Bezug auf nächtliche Befürchtungen außerhalb der eigenen Wohnung insofern zu weit geht, als sie diese auch von Personen erfragt, die aus anderen Gründen als Kriminalitätsfurcht die erfragte Situation niemals aufsuchen, klammert sie zugleich kriminalitätsbezogene Ängste und Befürchtungen aus, die Menschen innerhalb des eigenen Wohnraums erleben.

Wird die kleine Gruppe (n=86) derjenigen, die sich in ihrer Wohngegend "ziemlich unsicher" oder "sehr unsicher" fühlen, näher betrachtet, zeigt sich, dass es sich dabei überproportional um Frauen (zu 62% gegenüber 51% bei den "Sicheren" und "sehr Sicheren") handelt. Im Alter (63.5 Jahre gegenüber 63.4 Jahren) unterscheiden beide Gruppen sich nicht, wohl aber im "gefühlten Alter" (60.9 J. bei den "Sicheren" gegenüber 57.8 J. bei den "Unsicheren"). 33% der "Unsicheren" bezeichnen ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht, 57% beschreiben sich als gesundheitlich eingeschränkt; bei den "Sicheren" liegen die entsprechenden Werte nur bei 11% bzw. 37%. Diejenigen, die die Wohngegend als unsicher bewerten, leben eher in Orten mit mehr als 100.000 Einwohnern (42% gegenüber 28%) bzw. in BIK-klassifizierten Kernbereichen von Ballungsräumen (30% gegenüber 19%). Etwas häufiger handelt es sich um Befragte aus den neuen Bundesländern (26% gegenüber 17%) und um Nichtdeutsche (7% gegenüber 3%). Der Anteil der Singlehaushalte ist mit 33% (gegenüber 21%) erhöht, ebenso der der Kinderlosen (22% gegenüber 11%). Nur 57% (gegenüber 71%) leben mit dem Ehepartner zusammen. 23% (gegenüber 17%) sind ohne abgeschlossene Ausbildung, nur 8% (gegenüber 15%) haben einen Hochschulabschluss. 64% (gegenüber 39%) geben ein Haushaltseinkommen unter 1.500€ an, lediglich 7% (gegenüber 13%) 3.000 € und mehr.

Kriminalitätsbezogene Befürchtungen: Es herrscht mittlerweile Konsens darüber, dass die so genannte Standardfrage jedenfalls alleine zur Erfassung von Kriminalitätsfurcht nicht hinreicht, da Kriminalitätsfurcht ein komplexes und mehrdimensionales Konstrukt ist, welches kognitive, emotionale und behaviorale Aspekte einschließt (vgl. dazu u.a. GREVE & GABRIEL, 2003). Jeder Ansatz zur Operationalisierung von Kriminalitätsfurcht muss dieser Komplexität Rechnung zu tragen versuchen.

In der vorliegenden Studie zielte eine deliktsbezogen formulierte Frage "Wie häufig haben Sie folgende Befürchtungen?" (z.B. "dass ich bestohlen werde", "dass in meine Wohnung eingebrochen wird") darauf ab, die emotionale Komponente des Konstrukts "Kriminalitätsfurcht" zu operationalisieren. Da aus forschungsökonomischen Gründen das in sich wiederum komplexe Konstrukt "Kriminalitätsfurcht – emotionale Komponente" nicht in all seinen Facetten erfasst werden konnte, fiel die Entscheidung zugunsten einer Häufigkeitsskalierung (und damit gegen eine Erfassung der Intensität).²⁸ Die emotionale Seite von Kriminalitätsfurcht ist offenbar diejenige, die sowohl konzeptuell als auch empirisch am schwersten zu fassen ist. Bereits der Begriff "Befürchtung" lässt nicht nur Emotionales assoziieren, sondern hat eine starke kognitive, in Richtung subjektiver Risiko- oder Bedrohtheitswahrnehmung tendierende Komponente. JACKSON (2005, p.300) kommt zu dem Ergebnis, dass Gegenstand kriminalitätsbezogener Befürchtungen und Besorgnisse eine Gesamteinschätzung von Bedrohung und eigener wahrgenommener Vulnerabilität ist ("we worry about a threat that looms, an unpleasant possibility that we feel vulnerable towards").

²⁸ FARRALL & GADD (2004) arbeiten mit einem mehrstufigen Prozedere, bei dem die Probanden zunächst danach gefragt werden, ob sie in einem bestimmten Zeitraum Furcht vor Kriminalität erlebt haben, bei bejahender Antwort dann, wie häufig dies der Fall gewesen sei und wie intensiv diese Furcht bei der letzten einschlägigen Episode gewesen sei.

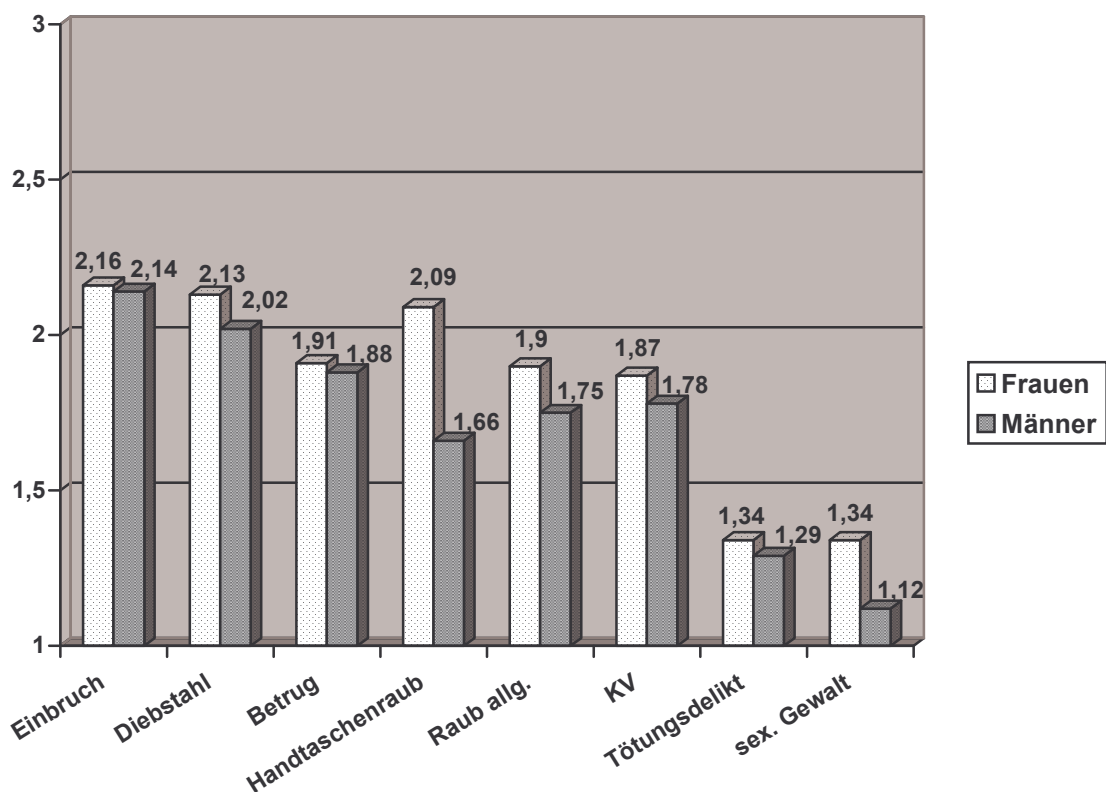
Abbildung 7 macht deutlich, dass Befürchtungen in Bezug auf Kriminalität im Alltag der meisten älteren Menschen nicht häufig sind. Mit Ausnahme von Diebstahl, Wohnungseinbruch sowie – dies allerdings nur bei Frauen – Handtaschenraub liegen die Mittelwerte in der Altersgruppe 60+ noch unterhalb des Skalenwerts für "selten". Wenn ältere Menschen kriminalitätsbezogene Befürchtungen haben, dann beziehen diese sich in erster Linie auf Eigentumsdelikte, vor allem auf Wohnungseinbruch und Diebstahl, sehr viel seltener jedoch auf Tötungsdelikte und sexuelle Gewalt. Bei allen erfragten Delikten sind die Befürchtungen der älteren Frauen stärker als die der Männer. Die Geschlechterdifferenz ist besonders ausgeprägt bei Sexualdelikten ($t=-10.10$, $df = 1797.38$, $p<.001$) und bei Handtaschenraub ($t=-10.74$, $df = 2040.03$, $p<.001$), erreicht aber mit Ausnahme von Wohnungseinbruch und Betrug auch bei den anderen Delikten ein statistisch signifikantes Maß.

Offensichtlich zeichnet sich hinsichtlich der als bedrohlich erlebten Kriminalitätsbereiche in den gemessenen Befürchtungen der Älteren ein zwar nicht in den konkreten Größenordnungen, aber doch im grundlegenden Trend weitgehend realistisches Bild ab. Bei der Interpretation muss zudem in Rechnung gestellt werden, dass in solche Befürchtungen keineswegs nur Annahmen über die Verbreitung einer Gefährdung einfließen, sondern auch die subjektive Schwere des Ereignisses, die eigene wahrgenommene Vulnerabilität, die hypothetische Kontrollierbarkeit von Viktimisierungsversuchen und Annahmen über eigene Coping-Kapazitäten im Falle einer Opferwerdung. Daraus resultiert letztendlich, dass sich die erlebten Befürchtungen relativ zu dem durch Eigentumsdelikte dominierten quantitativen Ausmaß der Bedrohung in Richtung der Gewaltdelikte verschieben.

Abb. 7: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

Häufigkeit viktimisierungsbezogener Befürchtungen bei Befragten ab 60 Jahren

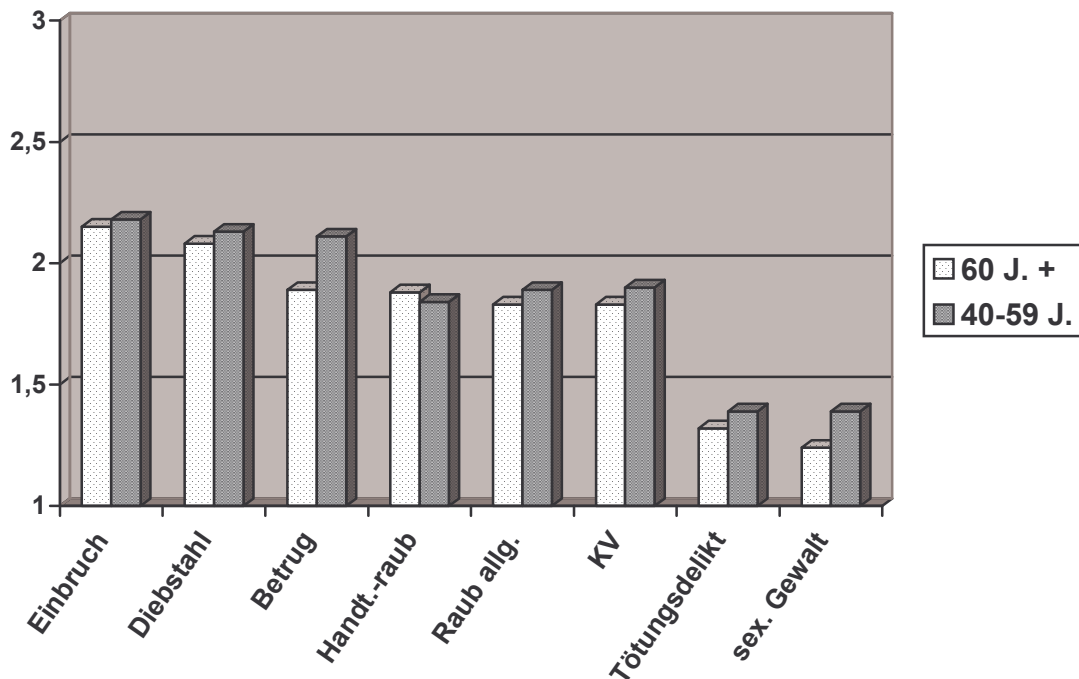
(1=nie, 3 = manchmal, 5 = sehr häufig)



Wie Abbildung 8 zeigt, sind die Befürchtungen, Opfer von Straftaten zu werden, in der jüngeren Altersgruppe durchweg häufiger als bei den 60-85-Jährigen. Die einzige Ausnahme bildet – darin den Befunden zur selbstberichteten Viktimisierung und auch den Daten der polizeilichen Kriminalstatistik²⁹ entsprechend – der Handtaschenraub.

Abb. 8: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

Häufigkeit viktimisierungsbezogener Befürchtungen nach Alter der Befragten
(1=nie, 3 = manchmal, 5 = sehr häufig)

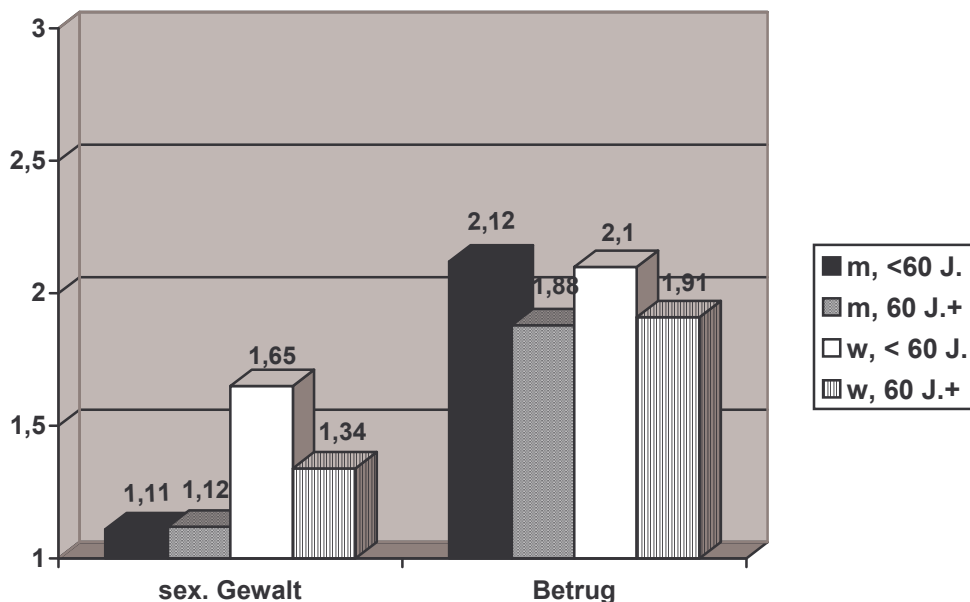


²⁹ In der polizeilichen Kriminalstatistik erweisen sich darüber hinaus Mord in Verbindung mit Raubstraftaten, fahrlässige Tötung und Misshandlung von Schutzbefohlenen als Deliktsbereiche mit einer erhöhten Gefährdung der Gruppe der 60-Jährigen und Älteren (vgl. GÖRGEN, 2004b). Zu diesen Delikten wurden – da es sich um hochspezifische Konstellationen von Fallmerkmalen handelt – in der vorliegenden Studie keine Kriminalitätsfurcht-Daten erhoben (lediglich zu Tötungsdelikten insgesamt – dort ist aber das Risiko der Älteren wiederum geringer); im Hinblick auf Misshandlung von Schutzbefohlenen kommt hinzu, dass diejenigen, die von diesem Delikt betroffen sein könnten (im Wesentlichen Pflegebedürftige) in derartigen Befragungen nicht erreicht werden.

Besonders ausgeprägte Unterschiede zwischen den Altersgruppen finden sich bei Gewaltdelikten – hier vor allem bei sexueller Gewalt – sowie bei Betrugsstraftaten, weshalb die Daten für Betrug und Sexualdelikte zusätzlich nach Geschlecht differenziert dargestellt werden (vgl. Abb. 9). Während die im Vergleich zu Frauen der Altersgruppe ab 60 Jahren erhöhte Furcht jüngerer Frauen vor sexuellen Gewaltdelikten in der Tendenz in Daten der Polizeilichen Kriminalstatistik eine Entsprechung hat³⁰, muss ein solcher Abgleich mit dem Hellfeld in Bezug auf Betrugsstraftaten in Ermangelung entsprechender Opferdaten bislang unterbleiben. Die in Tabelle 6 dargestellten Befunde der Viktimisierungsbefragung legen den Schluss nahe, dass das Opferrisiko zumindest für jene Älteren, die in solchen Surveys erreicht werden, tatsächlich auch beim Betrug geringer ist als für die 40-59-Jährigen.

Abb. 9: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

Häufigkeit viktimisierungsbezogener Befürchtungen in Bezug auf sexuelle Gewalt und Betrugsstraftaten
(1=nie, 3 = manchmal, 5 = sehr häufig)

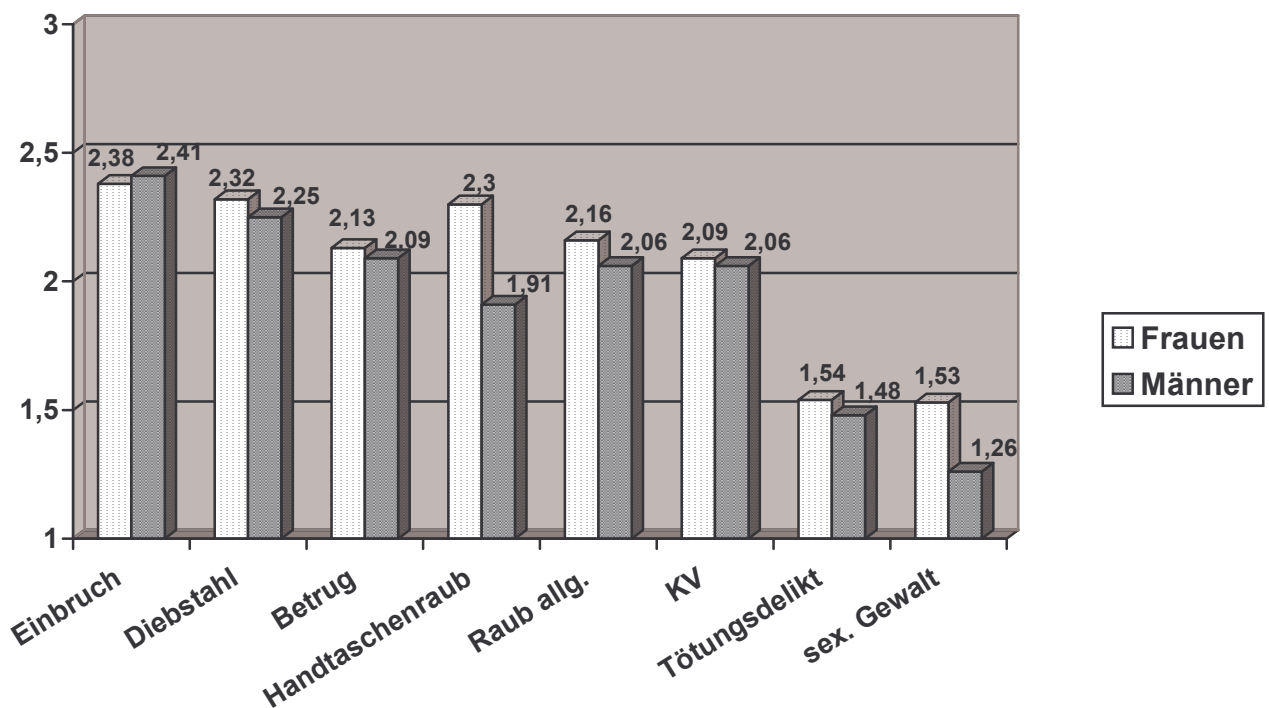


³⁰ Allerdings können auf Basis der PKS-Daten bislang nur 21-59-jährige Frauen mit Frauen der Altersgruppe ab 60 Jahren verglichen werden (vgl. GÖRGEN, 2004b).

Subjektive Viktimisierungswahrscheinlichkeiten: Die Frage operationalisiert den kognitiven Aspekt von Kriminalitätsfurcht, nämlich die individuelle Risikokalkulation - die Frage, für wie wahrscheinlich eine Person es hält, dass ihr innerhalb eines definierten Zeitraums ein bestimmtes Ereignis zustoßt. Abbildung 10 stellt zunächst die subjektiven Viktimisierungswahrscheinlichkeiten innerhalb von 12 Monaten für die Gruppe der 60-Jährigen und Älteren dar.³¹ Es zeigt sich, dass die Rangreihe der subjektiven Risikoeinschätzungen nahezu identisch ist mit derjenigen der Befürchtungen.³² Wiederum dominieren Eigentums- und Vermögensdelikte; deutlich am geringsten werden die Risiken für Tötungs- und Sexualdelikte eingeschätzt. Die Geschlechterunterschiede sind schwächer ausgeprägt als im Hinblick auf die emotionale Seite von Kriminalitätsfurcht und erreichen nur noch bei Sexualdelikten, Handtaschenraub und anderen Raubstraftaten ein statistisch bedeutsames Maß.

Abb. 10: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

Subjektive Viktimisierungswahrscheinlichkeiten innerhalb von 12 Monaten, Befragte ab 60 Jahren
(1=sehr unwahrscheinlich; 5 = sehr wahrscheinlich)



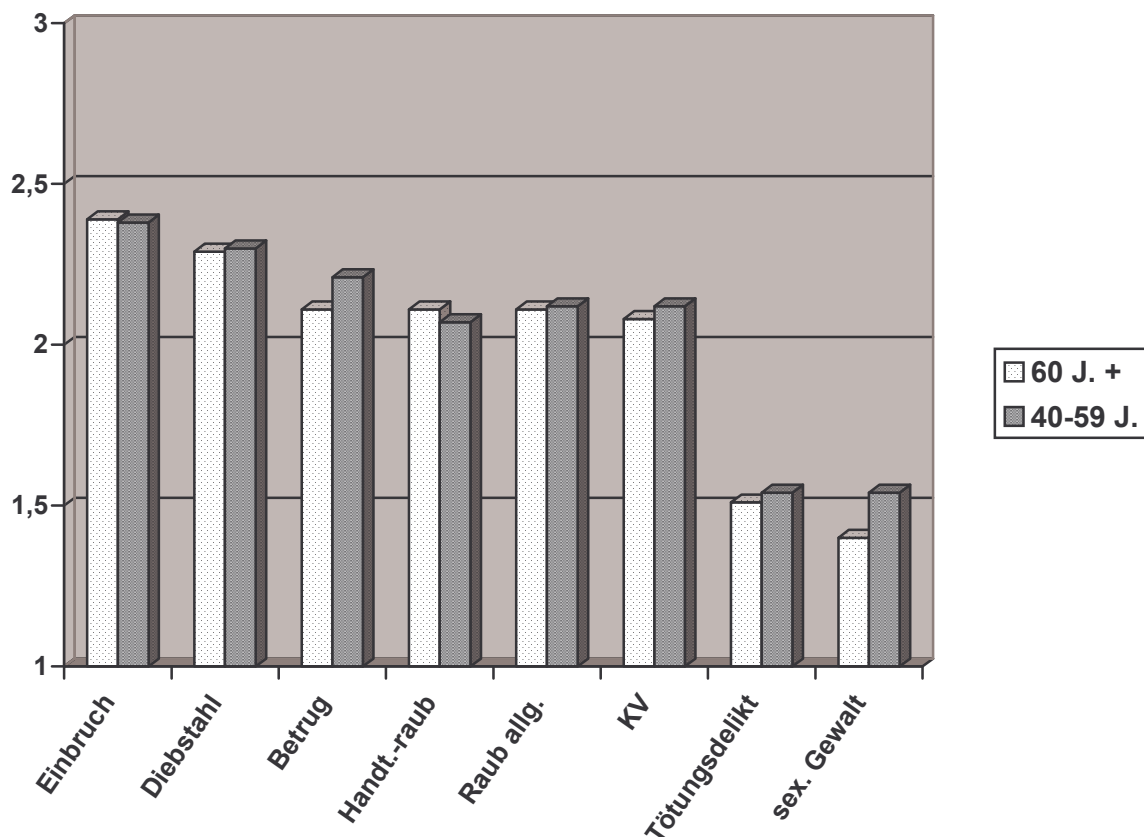
³¹ Grundsätzlich wäre hier eine prozentuale Risikoabschätzung einer von "sehr unwahrscheinlich" bis "sehr wahrscheinlich" reichenden Skala vorzuziehen; negative Erfahrungen mit dem Einsatz von Prozentschätzungen in Befragungen ließen eine solche Operationalisierung – schon gar in Bezug auf Risiken, d.h. auf Ereigniswahrscheinlichkeiten – nicht angeraten erscheinen.

³² Die Korrelationen zwischen deliktsbezogenen Befürchtungen und den entsprechenden Risikoeinschätzungen liegen mit Ausnahme der Items für Tötungsdelikte ($r=.49$) sämtlich in der Größenordnung von .60 (und sind damit vielfach höher als die Interkorrelationen der Befürchtungsitems).

Im Altersvergleich (Abb. 11) wird deutlich, dass die subjektiven Viktimisierungswahrscheinlichkeiten bei Jüngeren eher höher sind als bei den Älteren; einzige diesbezügliche Ausnahmen sind Wohnungseinbruch und Handtaschenraub. Insgesamt gesehen sind die Altersunterschiede in Bezug auf subjektive Risikowahrnehmungen jedoch eher gering.

Abb. 11: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

Subjektive Viktimisierungswahrscheinlichkeit innerhalb von 12 Monaten
(1=sehr unwahrscheinlich bis 5 = sehr wahrscheinlich)



Vorsichts- und Vermeideverhalten: Mittels zweier Fragesets wurde die behaviorale Seite von Kriminalitätsfurcht erfasst. Dabei geht es um die Frage: Wie äußert es sich im Verhalten, wenn Menschen sich vor Kriminalität fürchten und wenn sie die Wahrscheinlichkeit, selbst Opfer einer Straftat zu werden, für mehr als vernachlässigenswert halten?

An (mindestens) zwei individuell rationale Formen von Konsequenzen ist zu denken:

(a) Risikominderung durch Meiden riskanter Situationen

(b) Risikominderung durch aktive Maßnahmen zum Unterbinden, Abwenden bzw. besseren Bewältigen von Viktimisierungsgefahren.³³

³³ Grundsätzlich sind auch auf individueller Ebene Verhaltensweisen denkbar, die Schutz via Eliminieren von Kriminalitätsursachen anstreben. Praktisch spielen derartige Strategien (die etwa darin bestehen könnten, im Rahmen einer Stadtteilinitiative die Lebensbedingungen im Quartier zu verbessern oder in einem lokalen kriminalpräventiven Rat mitzuarbeiten) aber wohl eine sehr untergeordnete Rolle. In diesem Zusammenhang kann die von KIDDER & COHN (1979) getroffene Unterscheidung zwischen – von Personen wahrgenommenen bzw. zugeschriebenen – *proximalen* und *distalen* Kriminalitätsursachen erhellend sein; diese sind zeitlich, räumlich oder innerhalb einer angenommenen Folge oder Kette von Ereignissen mehr oder weniger nahe an der Straftat. Während Menschen – so die Autorinnen – Kriminalitätsursachen vor allem bei den Lebens- und Sozialisationsbedingungen der Täter lokalisierten,

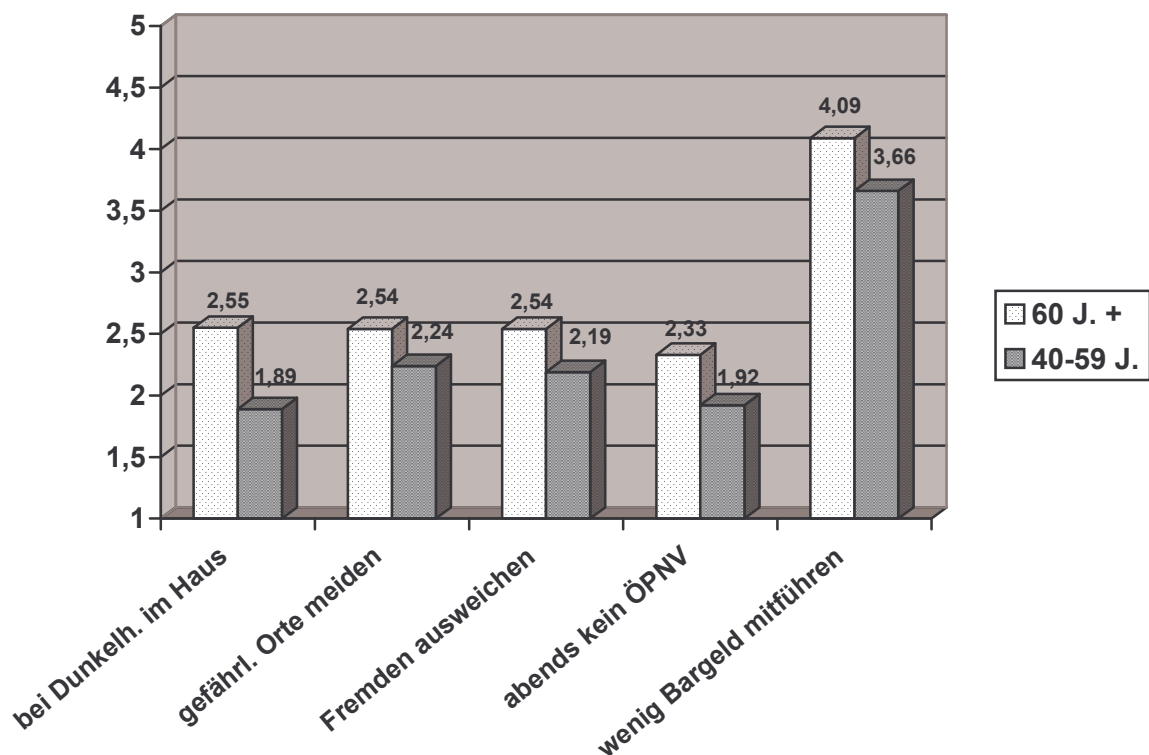
Über situativ verankerte kriminalpräventive Verhaltensweisen hinaus (dem Fremden kann man nur in der konkreten Situation ausweichen, in der man ihm begegnet), gibt es individuell risikominderndes Handeln, welches nicht jeweils situativ neu gezeigt werden muss, sondern dadurch charakterisiert ist, dass eine einmal getroffene Maßnahme auf Dauer kriminalpräventiv wirksam sein kann. Beispiele hierfür sind etwa das Erlernen von Selbstverteidigungstechniken, das Sichern von Wertgegenständen in einem Bankschließfach oder die Anschaffung eines Wachhundes. Derartige "Verhaltensweisen mit Langzeitwirkung" wurden gesondert erfasst.

In Abbildung 12 sind zunächst die eher vermeidenden Verhaltensweisen zusammengefasst, wobei die Grenze bisweilen schwer zu ziehen ist; so enthält das in dem Item "Ich weiche Fremden, denen ich im Dunkeln begegne, nach Möglichkeit aus" beschriebene Verhalten sowohl eine meidende, d.h. passive, als auch eine aktiv handelnde Komponente.

Abb. 12: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

Kriminalitätsbezogenes Vermeideverhalten nach Alter der Befragten

(1=nie, 3 = manchmal, 5 = immer)



bezögen individuell ergriffene präventive Maßnahmen sich fast immer auf proximale Faktoren in der Umgebung des potentiellen Opfers. "When people *talk* about the *causes* of crime, they talk about social conditions and distal causes in the offender's chain, but when they decide to *do* something about crime, they engage in victimization prevention" (KIDDER & COHN, 1979, S.251). Vorstellungen über Kriminalprävention nehmen offenbar auf Faktoren Bezug, die beeinflussbar und veränderbar erscheinen. Bei der eigenen Person ansetzende Maßnahmen (Meiden als gefährvoll perzipierter Orte, Tragen einer Waffe, Schutzmaßnahmen an Gebäuden etc.) versprechen eine unmittelbare Reduktion der individuellen Viktimisierungswahrscheinlichkeit, während Maßnahmen, welche die als primäre Kriminalitätsursache angesehenen sozialen Missstände angreifen, nur langsam und auch nur mit einer nicht exakt kalkulierbaren Wahrscheinlichkeit das allgemeine und damit möglicherweise auch das individuelle Viktimisierungsrisiko senken.

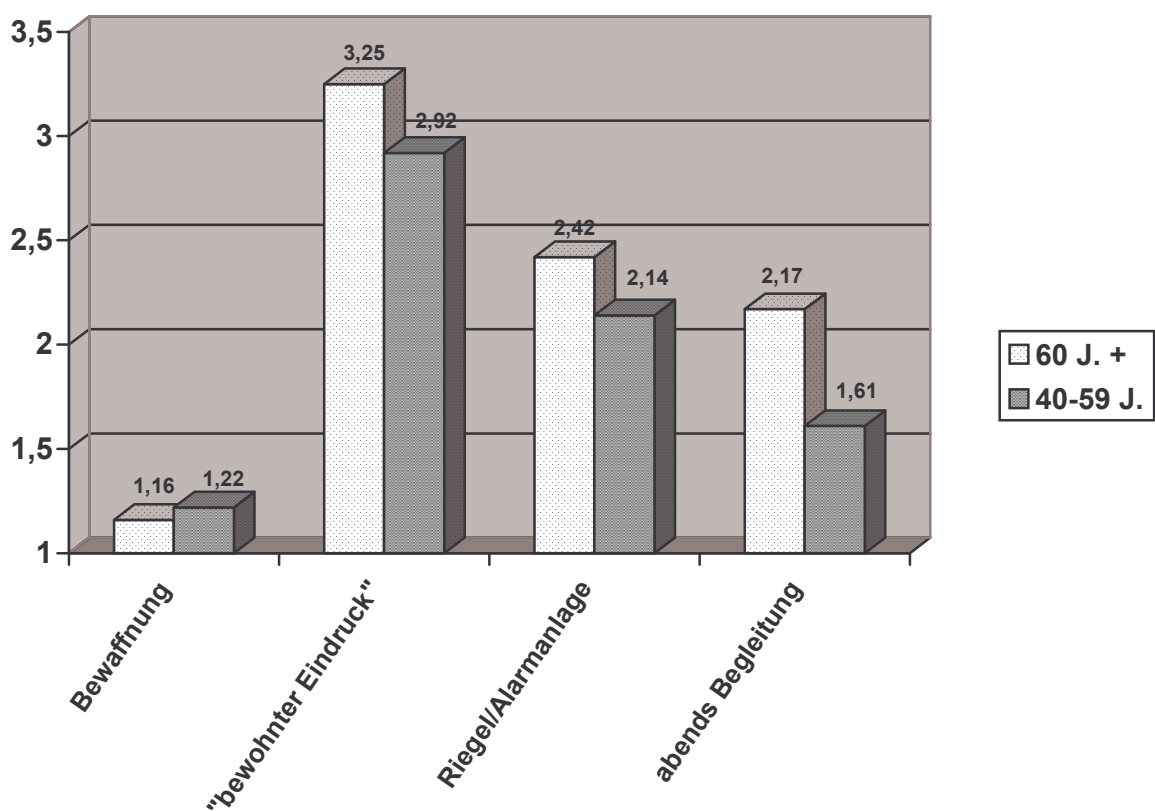
Es wird deutlich, dass hier – im Unterschied zu Befürchtungen und subjektiven Opferwerdungswahrscheinlichkeiten - beträchtliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen vorliegen. Ältere Menschen fürchten sich somit nicht mehr vor Kriminalität als Jüngere, sie schätzen auch ihr Risiko, Opfer einer Straftat zu werden, nicht höher ein als Jüngere – sie verhalten sich jedoch vorsichtiger (und minimieren dadurch mutmaßlich ihr Risiko).

In der folgenden Abbildung sind die eher aktiven Verhaltensweisen dargestellt (sich bewaffnen; dafür sorgen, dass die eigene Wohnung auch bei Abwesenheit bewohnt wirkt; Riegel vorlegen und Alarmanlage einschalten; abends nur in Begleitung nach draußen gehen).

Abb. 13: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

Maßnahmen situativ-aktiver individueller Kriminalprävention nach Alter der Befragten

(1=nie, 3 = manchmal, 5 = immer)



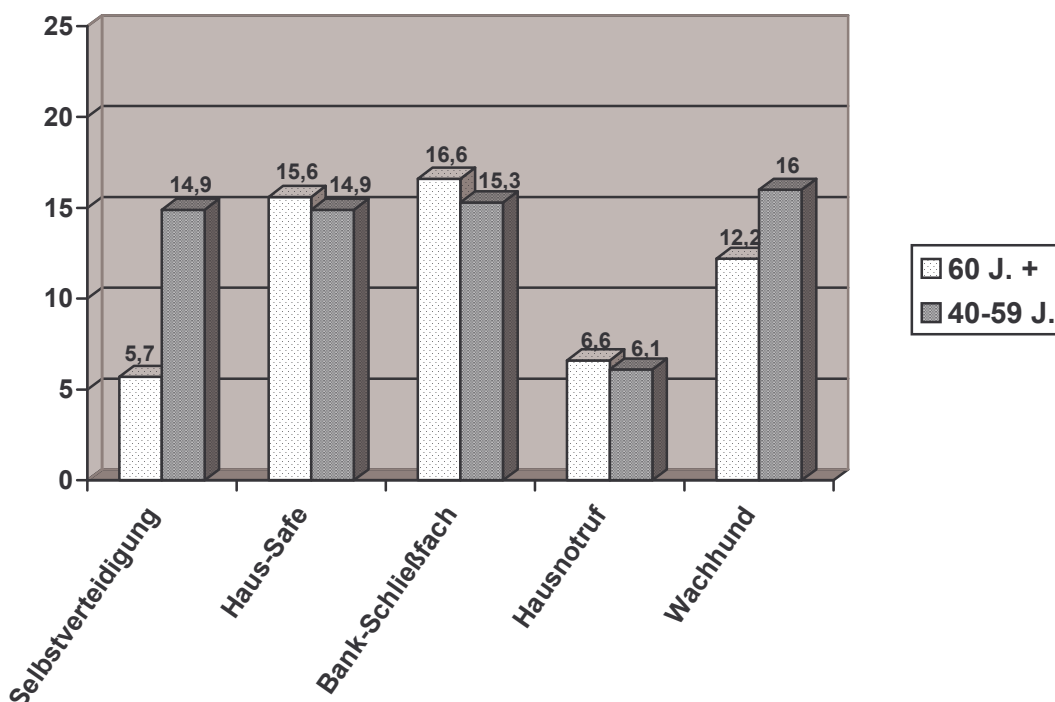
Auch hier zeigt sich, dass die genannten Verhaltensweisen in der älteren Befragtengruppe häufiger berichtet werden. Bei der einzigen diesbezüglichen Ausnahme - dem Mitführen einer Waffe - handelt es sich um eine Verhaltensweise, die zum einen bei jüngeren wie älteren Befragten sehr selten ist und zum anderen mit relativ zu den übrigen Items spezifischen Motivlagen verknüpft sein kann. Das Tragen einer Waffe zielt nicht – wie etwa das Erzeugen eines "bewohnten Eindrucks der Wohnung" bei Abwesenheit – darauf ab, kriminelles Verhalten im Vorfeld einer Tat zu verhindern, sondern gewappnet zu sein, wenn es denn zu einem Viktimisierungsversuch kommen sollte, wobei eine Schädigung des Täters in gewissem Umfang in Kauf genommen wird; darüber hinaus handelt es sich um eine Verhaltensweise, der grundsätzlich auch nicht ausschließlich defensive Motive zu Grunde liegen können.

In Abbildung 14 sind – nach Alter der Befragten – jene kriminalpräventiven Aktivitäten dargestellt, die nicht situativ zur Anwendung gebracht werden müssen, die aber voraussetzen, dass die jeweilige Person die jeweilige Maßnahme irgendwann einmal ergriffen hat (Selbstverteidigung erlernen, Wertsachen bei

der Bank deponieren) bzw. sich das jeweilige Objekt (Safe, Wachhund, Hausnotrufgerät) zugelegt hat.³⁴ Entsprechend konnte hier auch nicht nach der Häufigkeit entsprechender Maßnahmen, sondern lediglich nach ihrem Vorhandensein bzw. Nicht-Vorhandensein gefragt werden.

Abb. 14: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

Prävalenz situationsübergreifend wirksamer Maßnahmen aktiver individueller Kriminalprävention nach Alter der Befragten (in %)



Hier bietet sich ein etwas "gemischtes Bild": Die eher kämpferischen, potenziell aggressiven Formen individueller Kriminalprävention finden sich eindeutig häufiger bei Jüngeren. Während etwa jeder siebte Befragte der Altersgruppe 40-59 Jahre angibt, eine Selbstverteidigungstechnik erlernt zu haben, berichtet dies nur rund jeder Zwanzigste in der Gruppe der 60-85-Jährigen. Die nicht auf eine im Notfall auch gewaltsame Verteidigung gegen Viktimisierungsversuche abzielenden Strategien (Sichern von Besitztümern in einem Safe in der Wohnung oder im Schließfach einer Bank; Verfügbarkeit eines Hausnotrufgerätes³⁵) werden hingegen jeweils von Älteren etwas häufiger berichtet.

Bedrohung durch Kriminalität im Kontext anderer Bedrohungserlebnisse: Menschen fühlen sich in ihrer Sicherheit keineswegs nur durch die Möglichkeit krimineller Viktimisierung bedroht. Im Rahmen der Studie wurde den Befragten daher ein ganzer Kanon potenziell bedrohlicher Ereignisse aus unterschiedlichen Lebensbereichen vorgelegt. Nach Klärung der Frage, ob die Personen aktuell von einem Er-

³⁴ Zum Teil ist die Abgrenzung zwischen diesen "einmalig ergriffenen /dauerhaft wirksamen" Maßnahmen und solchen, die situativ zur Anwendung gebracht werden müssen, schwierig. So muss natürlich auch die situativ einzuschaltende Alarmanlage irgendwann - sicher nicht in jedem Fall auf Initiative des nunmehr Befragten - angeschafft worden sein.

³⁵ In Bezug auf Hausnotrufgeräte stellt sich angesichts der Gleichverteilung in den Altersgruppen die Frage, was von den Befragten unter diesem Begriff verstanden wurde. Typischerweise handelt es sich beim Hausnotruf um eine Vorrichtung, die den Nutzer im Bedarfsfall mittels eines am Körper getragenen Signalgebers mit einer (medizinisch-pflegerischen) Notrufzentrale verbinden. Solche Geräte sind vor allem bei alleinlebenden älteren Menschen verbreitet.

eignis der genannten Art betroffen seien, wurden diejenigen, welche die Frage verneinten, um eine Angabe gebeten, "wie häufig Sie der Gedanke belastet, dass Sie von diesen Ereignissen betroffen sein könnten". Tabelle 9 stellt für die Befragten ab 60 Jahren die Rangreihe der Bedrohungserlebnisse dar.

Tab. 9: KFN-Viktimisierungssurvey 2005:

Subjektive Bedrohlichkeit kritischer Lebensereignisse bei Befragten ab 60 Jahren

(1 = "Der Gedanke belastet mich nie" bis 5 = "Der Gedanke belastet mich sehr häufig")

Erlebte Bedrohung durch	M	SD
Pflegebedürftigkeit	2.67	1.06
Tod einer nahe stehenden Person	2.46	1.09
Abhängigkeit von Dritten	2.37	1.07
schwere Erkrankung	2.32	0.97
Heimübersiedlung	2.18	1.08
Gefährdung finanzieller Altersversorgung	1.95	1.12
schwerer Unfall	1.90	0.90
Diebstahl, Raub, Betrug	1.80	0.92
Krieg	1.79	1.01
gewaltbedingte Verletzung	1.59	0.82
Naturkatastrophe	1.50	0.73
ungewollte Trennung	1.50	0.77
schwere Umweltschäden	1.52	0.76
familiärer Streit/ Ärger	1.49	0.76
terroristischer Anschlag	1.35	0.68
Wohnungsverlust	1.28	0.65
Arbeitsplatzverlust	1.06	0.31

Anmerkung: In die Auswertung einbezogen wurden jeweils diejenigen Befragten ab 60 Jahren, die angaben, von Ereignissen der genannten Kategorie aktuell nicht betroffen zu sein. Diese Einschränkung wurde vorgenommen, da sich die Frage nach "belastenden Gedanken" in Bezug auf ein Ereignis für davon Betroffene in qualitativ anderer Weise stellt als für Personen, die lediglich die Möglichkeit des Eintretens eines solchen Ereignisses antizipieren.

Aus den in Tabelle 9 dargestellten Daten geht hervor, dass für ältere Menschen die Bedrohung durch Kriminalität insgesamt einen mittleren Stellenwert hat. Vergleichsweise häufig belastet fühlen Befragte ab 60 Jahren sich vor allem durch tatsächlich mit dem Älterwerden sich stark vergrößernde Risiken, die letztlich alle in Zusammenhang mit zunehmender Morbidität und Mortalität stehen. Dazu gehören neben dem Tod einer nahe stehenden Person eigene Pflegebedürftigkeit, Abhängigkeit von Dritten, schwere Erkrankungen und notwendig werdende Heimübersiedlungen.

In Bezug auf Kriminalität bleibt festzuhalten, dass belastende Gedanken an Eigentums- und Vermögensdelikte häufiger berichtet werden als solche an Gewalttaten. Auch die erlebte Bedrohung durch Diebstahl, Raub oder Betrug ist aber offenbar schwächer als der belastende Gedanke an eine Gefährdung der eigenen finanziellen Altersversorgung oder an die möglichen Folgen eines schweren Unfalls.

Zusammenhänge zwischen Lebensalter, Sicherheitsempfinden und gesundheitlicher Verfassung: Nachstehend folgt eine Betrachtung korrelativer Zusammenhänge zwischen (a) dem Lebensalter einer Person, (b) ihrem mittels summarischer Fragen ("Standardfrage" Kriminalitätsfurcht, Frage nach Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend) gemessenen Bedrohungs- und Sicherheitserleben und (c) ihrer gesundheitlichen Verfassung. Dabei wird zunächst lediglich eine summarische Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes zum Befragungszeitpunkt herangezogen ("Wie bewerten Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand?", 5-stufige Skala von 1 = "sehr gut" bis 5 = "sehr schlecht").

Tab. 10: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:
Korrelative Bezüge zwischen Sicherheitsgefühl,
chronologischem Alter und subjektivem Gesundheitszustand

Variablen	r
"Standardfrage" KF * Alter	$r_{ab} = -.09 ***$
"Standardfrage" KF * Gesundheitszustand	$r_{ac} = -.19 ***$
"Standardfrage" KF * Alter bei Kontrolle von Gesundheitszustand	$r_{ab.c} = -.04 *$
"Standardfrage" KF * Gesundheitszustand bei Kontrolle von Alter	$r_{ac.b} = -.17 ***$
Sicherheitsgefühl Wohngegend * Alter	$r_{db} = .03$
Sicherheitsgefühl Wohngegend * Gesundheit	$r_{dc} = -.14 ***$
Sicherheitsgefühl Wohngegend * Alter bei Kontrolle von Gesundheitszustand	$r_{db.c} = .07 ***$
Sicherheitsgefühl Wohngegend * Gesundheitszustand bei Kontrolle von Alter	$r_{dc.b} = -.15 ***$

Wird das individuelle Sicherheitsgefühl mit der (inhaltlich hochproblematischen) "Standardfrage" gemessen, zeigt sich ein zwar höchst signifikanter, in der Größenordnung jedoch sehr moderater negativer Zusammenhang mit dem Lebensalter der befragten Person. Der Zusammenhang zwischen summarisch erfragtem Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend und Alter ist hingegen nicht signifikant von Null verschieden, tendiert aber in der untersuchten Stichprobe ins Positive. Mit der selbst eingeschätzten gesundheitlichen Verfassung hingegen korrelieren beide "Sicherheits-Variablen" deutlich negativ.

Bei Betrachtungen der Partialkorrelation von Sicherheitsgefühl und Alter unter Kontrolle des subjektiven Gesundheitszustandes reduziert sich der negative Zusammenhang mit dem Alter für die Standardfrage auf $-.04$, während er für die summarische Frage zum Sicherheitsgefühl in der eigenen Wohngegend auf $.07$ steigt.

Weitere differenzierende Analysen der Zusammenhänge sind erforderlich. Diese ersten Auswertungen weisen aber bereits darauf hin, dass das chronologische Alter alleine zur Erklärung des subjektiven Sicherheitsempfindens wenig beiträgt; offensichtlich bestehen Zusammenhänge zwischen der von der Person wahrgenommenen eigenen gesundheitlichen Verfassung und ihrem Sicherheits- oder Unsicherheitsgefühl. Der – überkommenen Vorstellungen von einer Irrationalität von Kriminalitätsängsten im Alter entsprechende – negative Zusammenhang zwischen Lebensalter und mit der "Standardfrage"

erfasstem Sicherheitsgefühl reduziert sich deutlich, wenn der lineare Einfluss des subjektiven Gesundheitszustandes aus der bivariaten Korrelation eliminiert wird. Hingegen bleibt der Zusammenhang von Sicherheitserleben und gesundheitlicher Verfassung im Wesentlichen auch dann stabil, wenn der Einfluss des Lebensalters kontrolliert wird.

Zusammenfassend haben die präsentierten Befunde bereits deutlich gemacht, dass "Kriminalitätsfurcht" und "Sicherheitserleben" komplexe Merkmale sind, die nicht mit nur einer einzigen Frage umfassend operationalisiert werden können. Dem entspricht die Tatsache, dass empirische Befunde in hohem Maße von der Art der Operationalisierung und den jeweils dadurch in den Vordergrund geschobenen Aspekten von "Kriminalitätsfurcht" abhängen.

Zur gesundheitlichen Verfassung der befragten Personen, zu etwaigen funktionalen Einschränkungen, zu Pflege- und Hilfebedarf liegen zahlreiche weitere Variablen vor. In den weiteren Analysen wird es auch darum gehen, ein sowohl im Hinblick auf "Kriminalitätsfurcht" als auch auf "Gesundheit" differenziertes Bild der Zusammenhänge mit dem Lebensalter der Befragten zu gewinnen.

Bereits zu diesem Zeitpunkt dürfte aber deutlich geworden sein, dass ältere Menschen sich von Erwachsenen in der 5. und 6. Lebensdekade nicht durch ein erhöhtes Furchtniveau unterscheiden, dass sie ihre individuelle Viktimisierungswahrscheinlichkeit tendenziell sogar niedriger veranschlagen als Jüngere, dass sie sich in erster Linie nicht durch Gewaltdelikte, sondern durch Diebstähle und Wohnungseinbrüche gefährdet sehen, dass sie in stärkerem Maße als Jüngere über vorsichtiges und Gefahren meidendes Verhalten berichten und dass die gesundheitliche Verfassung einer Person und das Ausmaß, in dem sie ihre Umwelt als sicher oder unsicher erlebt, miteinander verknüpft sind.

2.1.5.3. Nahraumgewalt im höheren Lebensalter

Analog zum KFN-Viktimisierungssurvey 1992 erfasste der schriftlich durchgeführte Teil der KFN-Viktimisierungsbefragung 2005 den Themenkomplex der Viktimisierung durch Familien- und Haushaltsmitglieder.

Die KFN-Opferwerdungsbefragung 1992 hatte sich im Hinblick auf Nahraumgewalt ganz wesentlich auf die Ursprungsversion der *Conflict Tactics Scales* (STRAUS, 1979) gestützt. 1995 hat Straus mit einigen Koautoren eine revidierte Fassung (CTS2) vorgelegt (STRAUS, HAMBY, BONEY-MCCOY & SUGARMAN, 1995; 1996), welche die in der Zwischenzeit laut gewordenen Kritiken zum Teil aufgreift.³⁶ In der vorliegenden Studie galt es, zwischen Vergleichbarkeit der Befunde aus beiden Erhebungen, Qualität des Instruments und praktischer Umsetzbarkeit im Rahmen der aktuellen Erhebung abzuwägen. Die Entscheidung fiel zugunsten einer Verwendung derjenigen CTS2-Skalen, die ein inhaltliches Pendant in der CTS-Originalversion haben. Es handelt sich um die Skalen "Psychological aggression"³⁷ "Physical assault" und "Negotiation".

Auf die gegenüber der Originalversion von CTS neu eingeführten Skalen "Sexual Coercion" (7 Items) und "Injury" (6 Items) wurde verzichtet. Fragen nach sexueller Zwangsausübung erschienen - gerade auch im Hinblick auf eine vorwiegend ältere Stichprobe - bei einer nicht nur auf Partner, sondern auf sämtliche Familien- und Haushaltsmitglieder bezogenen Befragung wenig passend. Zudem wird an anderer Stelle eine Frage nach sexuellen Zwangshandlungen durch erwachsene Haushaltsmitglieder gestellt und die Tatumstände und Tatfolgen gegebenenfalls detailliert erfasst. Auf die Skala "Injury" (Beispielitems: "I had a

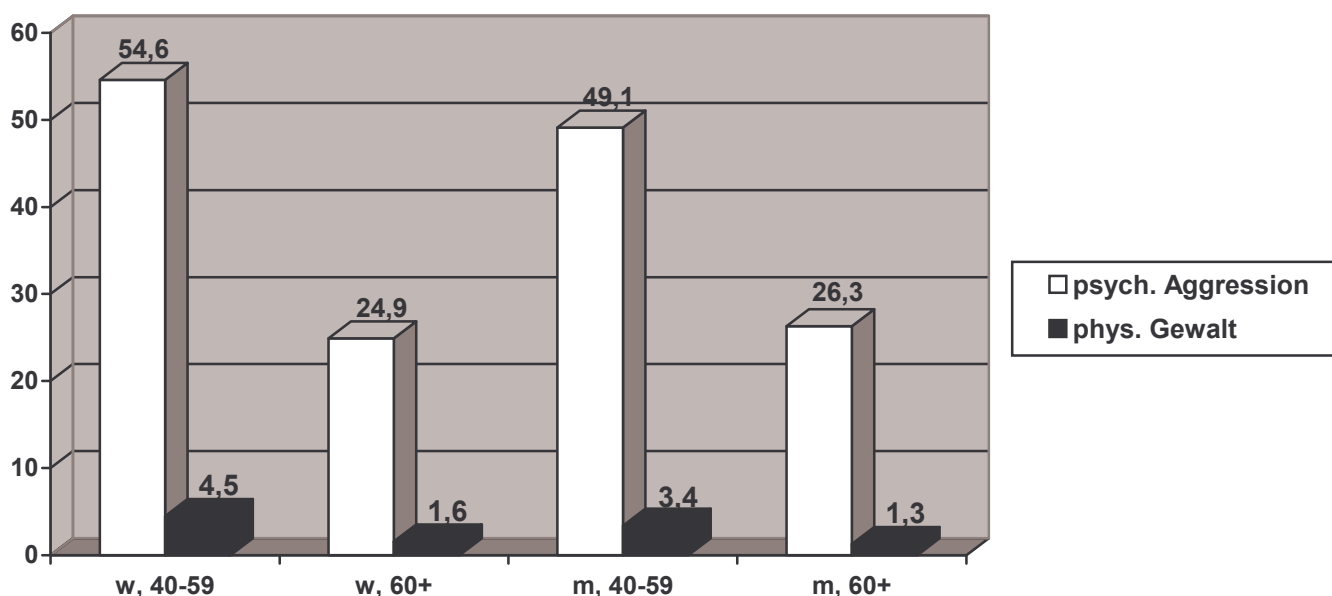
³⁶ Zu CTS2 vergleiche auch NEWTON, CONNELLY & LANDSVERK (2001), STRAUS (2004), STRAUS & DOUGLAS (2004), STRAUS, HAMBY & WARREN (2003).

³⁷ Lediglich auf das Item "accused me of being a lousy lover" wurde im Hinblick darauf, dass nicht nur Verhalten von Partnern, sondern insgesamt das von Familien- und Haushaltsmitgliedern erfragt wurde, verzichtet.

sprain, bruise, or small cut because of a fight with my partner." - "I passed out from being hit on the head by my partner in a fight." - "I went to a doctor because of a fight with my partner." - "I had a broken bone from a fight with my partner.") wurde vor allem im Hinblick auf den Umfang des Instruments verzichtet. Außerdem werden auch hierzu detaillierte Informationen zu besonders schwerwiegenden Fällen physischer und sexueller Gewalt sowie von Vermögensdelikten durch nahe stehende Personen an anderer Stelle im Fragebogen erhoben.

Die folgende Abbildung zeigt den Anteil von Personen, die angaben, im Verlauf des Jahres 2004 psychische Aggression oder physische Gewalt durch eine nahe stehende Person erlebt zu haben.

Abb. 15: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:
12-Monats-Prävalenz psychischer Aggression/physischer Gewalt
von Familien- / Haushaltsmitgliedern
 (in % der Befragten)



Die Befunde zeigen Folgendes:

- Psychische Aggression ist weiter verbreitet als körperliche Gewalt. Während etwa jeder vierte befragte Ältere angibt, verbal aggressives Verhalten und andere nicht körperliche Formen von Aggression durch nahe stehende Personen erlebt zu haben, berichten nur einzelne ältere Befragte (1.3% der Männer, 1.6% der Frauen) auch über körperliche Gewalt.
- Erfahrungen mit physischer Gewalt wie mit psychischer Aggression sind bei den relativ Jüngeren deutlich weiter verbreitet als bei Älteren.
- Auf der Ebene von Prävalenzdaten sind die Geschlechterunterschiede relativ gering. Die berichtete Prävalenz physischer Nahraum-Gewalt ist in beiden Altersgruppen bei den Frauen etwas höher als bei den Männern. Im Hinblick auf psychische Aggression zeigt sich ein entsprechender Unterschied in der jüngeren Teilstichprobe, nicht jedoch bei den älteren Befragten.

In Tabelle 11 sind für die Alters- und Geschlechtergruppen Grunddaten zu den verwendeten CTS-Items und den 3 Skalen dargestellt. Dabei werden auch Befunde zu der in Abbildung 15 ausgesparten Skala "Negotiation" ("actions taken to settle a disagreement through discussion"; STRAUS, HAMBY, BONEY-MCCOY & SUGARMAN, 1996) berichtet.

Tab. 11: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

**Verhaltensweisen von Familien- und Haushaltsmitgliedern gegenüber der befragten Person:
12-Monats-Prävalenzen (für das Jahr 2004) nach Alter und Geschlecht³⁸**

Verhaltensweise	Frauen				Männer			
	<60 J. (n=401)		60 J.+ (n=940)		<60 J. (n=377)		60 J.+ (n=867)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Physical assault								
schubsen, stoßen	11	2.7	11	1.2	11	2.9	8	0.9
mit Gegenstand werfen	5	1.2	5	0.5	6	1.6	5	0.6
Arm verdrehen, Haareziehen	3	0.7	2	0.2	1	0.3	4	0.5
Messer, Schusswaffe einsetzen	0	0.0	1	0.1	1	0.3	3	0.3
mit Faust, Gegenstand schlagen	5	1.2	4	0.4	2	0.5	4	0.5
würgen	0	0.0	1	0.1	2	0.5	3	0.3
gegen Wand schleudern	1	0.2	2	0.2	1	0.3	3	0.3
verprügeln	2	0.5	1	0.1	1	0.3	2	0.2
hart anpacken	12	3.0	9	1.0	4	1.1	4	0.5
ohrfeigen	5	1.2	5	0.5	6	1.6	5	0.
absichtlich verbrennen/ verbrühen	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.3
treten	3	0.7	4	0.4	4	1.1	3	0.3
Physical assault gesamt	18	4.5	15	1.6	13	3.4	11	1.3
Psychological aggression								
intentional ärgern	155	38.7	162	17.2	132	35.0	152	17.5
anschreien	150	37.4	146	15.5	130	34.5	132	15.2
beleidigen, beschimpfen	82	20.4	79	8.4	57	15.1	71	8.2
als dick, hässlich bezeichnen	20	5.0	15	1.6	14	3.7	15	1.7
Eigentum zerstören	20	5.0	25	2.7	8	2.1	12	1.4
wutschnaubend Haus etc. verlassen	99	24.7	72	7.7	65	17.2	61	7.0
mit Schlägen, Bewerfen drohen	9	2.2	10	1.1	7	1.9	10	1.2
mit Messer, Schusswaffe drohen	0	0.0	4	0.4	1	0.3	4	0.5
Psych. aggression gesamt	219	54.6	234	24.9	185	49.1	228	26.3
Gesamtprävalenz (psych. aggression oder phys. assault)	219	54.6	235	25.0	185	49.1	228	26.3
Negotiation								
gemeinsame Lösung anstreben	283	70.6	486	51.7	247	65.5	472	54.4
Kompromiss vorschlagen	284	70.8	477	50.7	257	68.2	457	52.7
Lösungsvorschlag zustimmen	295	73.6	493	52.4	272	72.1	507	58.5
Standpunkt erläutern	301	75.1	497	52.9	245	65.0	480	55.4
Zuneigung trotz Meinungskonflikt	323	80.5	619	65.9	293	77.7	563	64.9
Empfindungen respektieren	322	80.3	620	66.0	287	76.1	563	64.9
Negotiation gesamt	353	88.0	673	71.6	315	83.6	626	72.2

³⁸Die Prozentwerte beziehen sich auf die Gesamtzahl der Fälle in der jeweiligen Gruppe (inkl. event. Missings), stellen insofern konservative Schätzungen der Prävalenz dar.

Tabelle 11 verdeutlicht unter anderem Folgendes:

- Sofern physische Gewalt im sozialen Nahraum berichtet wird, handelt es sich überwiegend um mutmaßlich vergleichsweise milde Erscheinungsformen (schubsen, stoßen, hart anpacken); eindeutig gravierende Formen (Waffeneinsatz, treten, würgen, etc.) sind relativ hierzu selten.
- Nahezu alle, die innerhalb der letzten 12 Monate von physischer Nahraumgewalt betroffen waren, berichten für diesen Zeitraum auch Fälle psychischer Aggression. Lediglich eine 66-jährige Frau berichtet mehrere Vorkommnisse physischer Gewalt ohne gleichzeitiges verbal aggressives Verhalten. Andererseits berichten 93.4% derjenigen, die für das Jahr 2004 mindestens einen Fall psychischer Aggression angeben, für diese 12-Monats-Periode keine körperliche Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder. Allerdings variieren die Bezüge zwischen verbal aggressivem Verhalten und physischer Aggression stark mit der Art des jeweiligen Verhaltens. So berichten nur 8% derjenigen, die angeben, eine nahe stehende Person habe etwas getan, um sie zu ärgern, über physische Gewalt, hingegen 81% derer, die angeben, ein Familien- oder Haushaltsmitglied habe ihnen "mit Schlägen gedroht oder damit, etwas nach mir zu werfen".
- Auch unter "Negotiation" subsumierte Verhaltensweisen sind bei Jüngeren etwas weiter verbreitet als bei Befragten ab 60 Jahren. Dieser Altersunterschied verschwindet (zumindest auf der Ebene der Prävalenz), wenn die Betrachtung auf diejenigen Befragten reduziert wird, die in Zwei- und Mehrpersonenhaushalten leben. Hier liegt die 12-Monats-Prävalenz von "Negotiation" für alle Alters- und Geschlechtergruppen in der Größenordnung von 99%.

Entwicklung von Nahraum-Gewalterfahrungen im Vergleich der Viktimisierungsbefragungen 1992 und 2005

Oben wurde bereits deutlich, dass es im Vergleich der beiden Befragungen 1992 und 2005 einen Rückgang von Kriminalitätserfahrungen gibt.

Im Hinblick auf Nahraumgewalt ist ein solcher Vergleich etwas problematischer, da die 1992 verwendete CTS-Ursprungsversion und die 2005 eingesetzte revidierte Fassung der Conflict Tactics Scales zwar inhaltlich sehr ähnliche Skalen für physische Gewalt, verbale Aggression und auf Argumentation und Verhandeln setzende Konfliktstrategien verwenden, diese Skalen sich aber in Zahl und Formulierung der Items durchaus unterscheiden.

Werden einzelne Items, die aus der ersten Version von CTS in CTS 2 übernommen wurden, miteinander verglichen, so weisen die Befunde insgesamt auf einen Rückgang auch in Bezug auf Gewalt im Nahraum hin. Gaben etwa 1992 noch 13.2% der Älteren an, innerhalb der letzten 12 Monate von nahe stehenden Personen beleidigt worden zu sein, so waren es 2005 noch 8.3%. Entsprechendes zeigt sich auch bei den 40-59-Jährigen (23.7% zu 17.9%). Lediglich im Bereich schwerwiegender Formen körperlicher Gewalt ergibt sich kein so klares Bild. Hier sind die (ohnehin bereits sehr geringen) Opferanteile bei den 40-59-Jährigen gegenüber 1992 noch einmal gesunken, während bei den 60-Jährigen und Älteren sogar ein leichter Anstieg zu verzeichnen ist – allerdings nach wie vor auf einem geringen Niveau.³⁹ In diesem Bereich gibt es somit bei Älteren keinen Hinweis auf einen Rückgang einschlägiger Opfererfahrungen.

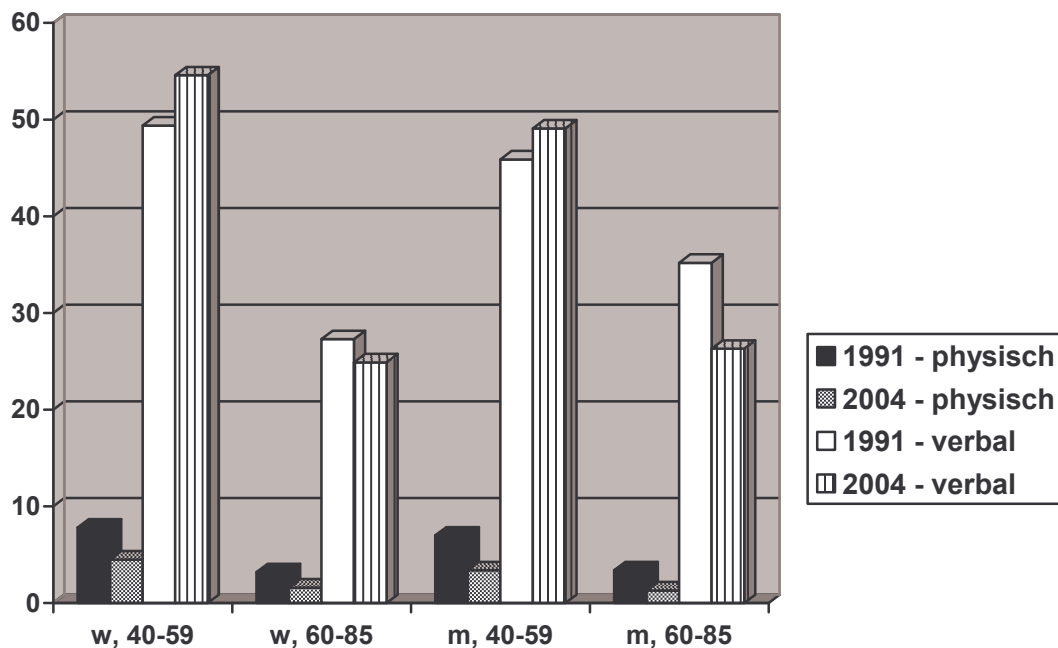
In Abbildung 16 sind die 12-Monats-Prävalenzen für physische Gewalt (Skala "Violence" in CTS1, Skala "Physical assault" in CTS2) und psychische Misshandlung / verbale Aggression (Skala "Verbal aggression" in CTS1, "Psychological aggression" in CTS2) aus den beiden Befragungen 1992 und 2005 einander gegenübergestellt. Bei den älteren Befragten sind bei Männern wie Frauen beide Prävalenzen zurückge-

³⁹ War etwa Bedrohung mittels Waffe im Jahr 1992 von Älteren überhaupt nicht berichtet worden, so lag die Prävalenz in der Befragung des Jahres 2005 bei 0.4% - was allerdings auch lediglich 8 Personen entspricht.

gangen, bei den 40-59-Jährigen ist die Prävalenz physischer Gewalt gesunken, während "psychische Aggression" den Ergebnissen der Befragung 2005 zufolge weiter verbreitet ist als 1992.

Abb. 16: KFN-Viktimisierungsbefragungen 1992 und 2005:

**12-Monats-Prävalenz körperlicher Gewalt und psychischer/verbaler Aggression
durch Familien- und Haushaltsmitglieder
(in % der Befragten)**



Bei der Interpretation dieser Befunde ist allerdings zu beachten, dass beide Skalen in CTS2 gegenüber der ersten Version der Conflict Tactics Scales verlängert wurden. Physische Gewalt wird nun mit 12 statt vorher 9, psychische Aggression mit 8 statt 6 Items gemessen. Die differenziertere Erfassung erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass mindestens eines der Items bejaht wird (das definierende Merkmal für die Prävalenz). Dies gilt insbesondere für die Skala "Psychological aggression", die in der CTS2-Variante mit den Items "mich angeschrien" und "etwas getan, um mich zu ärgern" Verhaltensweisen mit einem hohen Verbreitungsgrad⁴⁰ anspricht, nach denen in CTS1 in dieser Form nicht gefragt wurde.

In der CTS2-Skala "Physical assault" ist u.a. das Item "mir den Arm verdreht oder mich an den Haaren gezogen" gegenüber CTS1 neu aufgenommen; "verprügeln" tauchte in dieser Form in CTS1 nicht auf, ebenso wenig "mich gegen eine Wand geschleudert". Während in CTS1 lediglich von "stoßen" die Rede war, heißt es nun "mich geschubst oder gestoßen". Insgesamt findet sich also auch hier eine Ausweitung des Kanons der durch die Items abgedeckten Verhaltensweisen. Der Umstand, dass trotz dieser befragungstechnisch erhöhten Chance, in den Kreis der Opfer zu gelangen, die berichtete Prävalenz physischer Gewalt sich verringert hat, unterstützt die Interpretation, dass in den Daten des Viktimisierungssurveys nicht nur im Hinblick auf Kriminalität im Allgemeinen, sondern auch in Bezug auf Nahraumgewalt ein Rückgang von Opfererfahrungen im mittleren und höheren Erwachsenenalter zwischen den Erhebungszeitpunkten 1992 und 2005 sichtbar wird.

⁴⁰ Siehe Tabelle 11; in allen Befragtengruppen haben die beiden genannten Items innerhalb der Skala "Psychological aggression" mit Abstand die höchsten Prävalenzen.

Merkmalsprofile älterer Opfer und Nicht-Opfer von Nahraumviktimsierungen

In Tabelle 12 sind Merkmale dreier Gruppen älterer Befragter dargestellt:

- (1) der kleinen Gruppe derjenigen, die angaben, im Jahr 2004 Opfer körperlicher Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder geworden zu sein,
- (2) der deutlich größeren Gruppe derjenigen Älteren, die über Formen psychischer Aggression berichteten, Fragen nach körperlicher Gewalt aber verneinten,
- (3) schließlich der Mehrheit derjenigen, die für den genannten Zeitraum sämtliche Fragen nach psychischer Aggression und körperlicher Gewalt verneinten.

Die dargestellten Befunde machen Folgendes deutlich:

- Vor allem die kleine Gruppe älterer Opfer körperlicher Nahraumgewalt weist ein spezifisches Profil auf. Diese Befragten leben ganz überwiegend in Großstädten und Ballungsräumen. Der Frauenanteil liegt rund 10% höher als bei den Nicht-Opfern. Bildungsgrad / Ausbildungsstatus und Haushaltseinkommen sind relativ niedrig. Die Gewaltopfer sind häufiger konfessionslos als andere, äußern seltener starkes politisches Interesse, beurteilen ihren Gesundheitszustand und ihre Partnerschaft häufiger negativ. Das Durchschnittsalter liegt mit 67.6 Jahren niedriger als bei denjenigen, die weder körperliche Gewalt noch psychische Aggression berichten (70.2 Jahre); das in beiden Gruppen durchschnittlich "gefühlte" Alter ist hingegen gleich (jeweils 63.6 Jahre).
- Die subjektive Lebensqualität nimmt mit der Intensität der Viktimisierung ab, liegt aber auch bei den Opfern körperlicher Gewalt noch oberhalb der Skalenmitte. Entsprechend ist der Anteil derjenigen, die ihr aktuelles Befinden allenfalls als "mittel" charakterisieren, unter den von physischer Gewalt Betroffenen am höchsten.
- Die Opfer psychischer Aggression unterscheiden sich hingegen als Gruppe von den Nicht-Opfern nur wenig. Sie sind ebenfalls etwas jünger, leben häufiger mit ihrem Ehepartner zusammen und entsprechend seltener in Single-Haushalten. Die Daten zum Haushaltseinkommen sind etwas günstiger als bei den Nicht-Opfern; dies relativiert sich jedoch zumindest zum Teil durch die bei den Nicht-Opfern geringere Haushaltsgröße (1.8 gegenüber 2.1 Personen).

Tab. 12: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

**Merkmalsprofile älterer (ab 60 J.) Opfer und Nicht-Opfer von physischer Gewalt
und psychischer Aggression durch Familien- und Haushaltsmitglieder im Jahr 2004**

Merkmal	Opfer physischer Gewalt (n= 26)	Opfer psych. Aggression; keine phys. Gewalt (n=432)	Nicht-Opfer (n=1301)
Anteil Frauen	57.7%	50.0%	47.8%
Durchschnittsalter	67.6 Jahre	67.9 Jahre	70.2 Jahre
durchschnittliches "gefühltes Alter"	63.6 Jahre	62.8 Jahre	63.6 Jahre
Differenz gefühltes – reales Alter	-4.0 Jahre	-5.1 Jahre	-6.6 Jahre
Wohnort alte Bundesländer (ohne Berlin)	65.4% ⁴¹	77.8%	78.2%
nichtdeutsche Staatsbürgerschaft	0.0%	2.6%	1.2%
Wohnort > 100.000 Einwohner	76.9%	29.2%	25.4%
BIK-Regionsgrößenklasse 10 (500.000 Ew.+, Kernbereich)	46.2%	22.0%	17.3%
Bildungsabschluss maximal Hauptschule	76.0%	65.7%	68.7%
Hochschulabschluss	5.9%	15.1%	12.7%
ohne abgeschlossene Ausbildung / Studium	34.6%	21.3%	19.7%
Arbeitslosigkeit im Lebensverlauf	56.0%	26.4%	24.8%
Haushalts-Nettoeinkommen < 1500 €	62.5%	39.3%	47.0%
Haushalts-Nettoeinkommen 3000 €+	4.2%	14.3%	6.5%
Ø Haushaltgröße (Personen)	2.00	2.11	1.84
in Single-Haushalt lebend	26.9%	13.9%	27.3%
verheiratet und mit Partner lebend	72.0%	79.8%	66.8%
Ø Qualität Partnerschaft (1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht)	2.10	1.65	1.47
kinderlos	11.5%	9.1%	11.6%
Lebensqualität letzte 14 Tage (1 = sehr schlecht, 5 = sehr gut)	3.32	3.55	3.67
aktuelles Befinden "mittel" bis "sehr schlecht"	50.0%	40.1%	36.7% ⁰
subj. "schlechter" / "sehr schlechter" Gesundheitszustand	24.0%	14.4%	12.9%
durch chron. Krankheit / Behinderung eingeschränkt	42.3%	43.0%	43.1%
Pflege-, Hilfebedarf in letzten 5 Jahren	11.5%	11.2%	14.5%
Körpergröße	1.67 m	1.70 m	1.69 m
Körpergewicht	72.5 kg	77.0 kg	75.9 kg
konfessionslos	30.8%	19.7%	19.2%
sehr starkes politisches Interesse	7.7%	17.0%	16.8%

⁴¹ Der niedrige Wert in der Gruppe der Opfer körperlicher Gewalt beruht vor allem darauf, dass unter den 26 Opfern fünf (19.2%) mit Wohnsitz in Berlin sind, die sich weder alten noch neuen Bundesländern (15.4%) zuordnen lassen.

Im Vergleich der Profile der älteren Opfer- / Nicht-Opfer von Kriminalität (vgl. Tabellen 7 und 8) und der Opfer- / Nicht-Opfer häuslicher Gewalt (Tabelle 12) wird deutlich, dass die tendenziell positive soziale Selektion der Kriminalitätsoffer gegenüber den Nicht-Opfern (höheres Bildungsniveau, höheres Einkommen, politisch interessierter) sich im Vergleich älterer Opfer und Nicht-Opfer häuslicher Gewalt nicht repliziert; hier weisen vielmehr die Opfer physischer Gewalt in vielfacher Hinsicht negative Merkmale auf, während sich die von psychischer Aggression Betroffenen in ihrem Profil von den Nicht-Opfern kaum unterscheiden.

Schwerwiegende Viktimisierungen durch erwachsene Haushaltsmitglieder

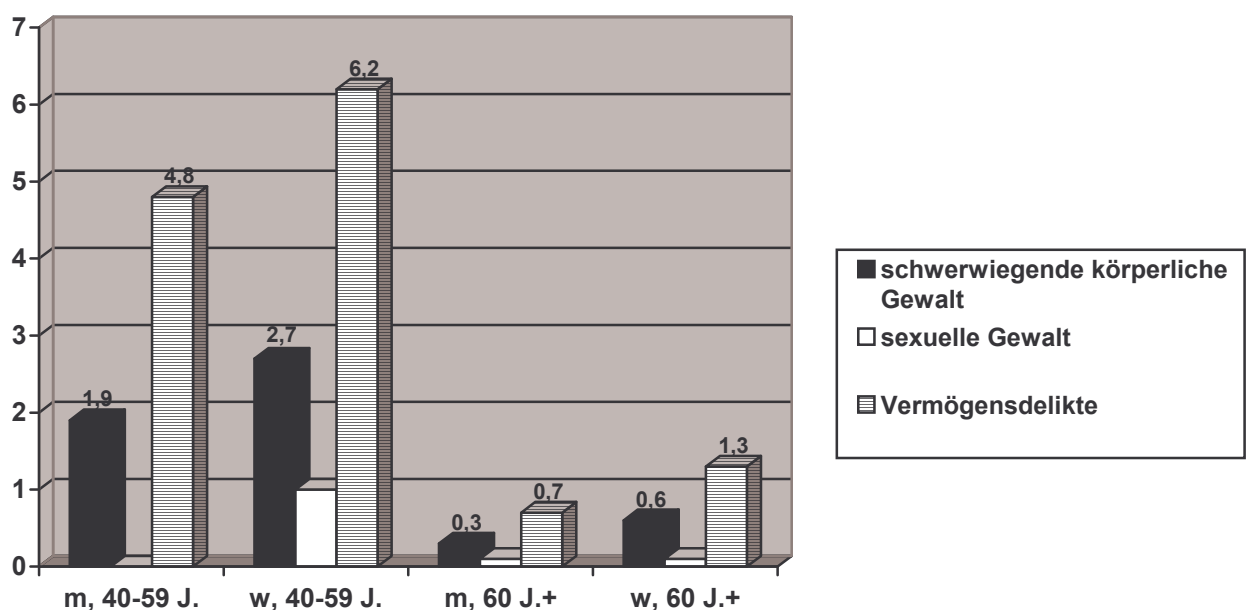
Das Instrument enthielt einige Fragen, die sich insofern auf besonders schwerwiegende Vorkommnisse bezogen, als

- (a) nur Verhaltensweisen von erwachsenen Personen erfragt wurden, die zum Zeitpunkt der Tat mit der betroffenen Person in einem Haushalt lebten und es
- (b) ausschließlich um Vorkommnisse ging, die mindestens nahe am Bereich kriminellen Verhaltens liegen, d.h. um schwerwiegende körperliche Gewalt (jemanden schlagen, treten, verprügeln, stoßen, würgen, mit einer Waffe angreifen), um sexuelle Gewalt und um Eigentums- und Vermögensdelikte.

Die Ergebnisse sind in Abbildung 17 dargestellt. Die Befunde zeigen Folgendes:

1. In den genannten Bereichen werden 40-59-Jährige etwa fünfmal so häufig Opfer wie 60-Jährige und Ältere (5-Jahrespävalenz: 1.4% Opfer versus 7.6%).
2. In beiden Altersgruppen sind Frauen etwa 1.5mal so häufig betroffen wie Männer. Dieser Unterschied findet sich nicht nur in Bezug auf sexuelle Gewalt (wo ein solches Ergebnis sicherlich zu erwarten war), sondern auch für körperliche Gewalt sowie Eigentums- und Vermögensdelikte.

**Abb. 17: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:
5-Jahres-Prävalenz schwerwiegender Viktimisierungen
durch erwachsene Haushaltsmitglieder (in %)**



Die Gruppe der schwerwiegend durch erwachsene Haushaltsmitglieder viktimisierten Älteren besteht lediglich aus 25 Personen (16 Frauen, 9 Männer). Im Hinblick auf körperliche Gewalt (9 Fälle) werden ganz überwiegend (Ehe-)Partner (7 Fälle) als Täter genannt. Lediglich eine der schwerwiegend physisch viktimisierten älteren Frauen hat Anzeige erstattet. In Bezug auf Eigentums- und Vermögensdelikte (18 Fälle) wurden etwa zu gleichen Anteilen Partner und Kinder als Täter genannt. Auch hier wurde nur in einem Fall Strafanzeige erstattet. Sofern die Opfer Angaben zur Schadenshöhe machen konnten, handelte es sich um eher geringe Schäden (durchschnittlich 100 €).

Allein leben - Schutz oder Gefahr?

Von den Personen, zu denen Informationen hinsichtlich häuslicher Gewalt vorliegen, leben 20.3% in Singlehaushalten und 79.7% in Zwei- und Mehrpersonenhaushalten. Bei den Älteren beträgt der Anteil von Einpersonenhaushalten 24.0%, bei den Jüngeren lediglich 11.7%. Unter den Älteren gibt es in Bezug auf die Haushaltsform einen deutlichen Geschlechterunterschied: Während 10.0% der älteren Männer alleine leben, trifft dies auf 36.8% der älteren Frauen zu.⁴²

Werden für den Zeitraum der letzten 12 Monate Zusammenhänge zwischen Haushaltsform und dem Betroffensein durch verbale Aggression bzw. körperliche Gewalt von Seiten der Familien- und Haushaltsmitglieder betrachtet, zeigt sich Folgendes (vgl. Tabelle 13):

- In der Altersgruppe 60-85 Jahre sind bei beiden Geschlechtern die Anteile der Opfer verbaler / psychischer Aggression bei in Einpersonenhaushalten Lebenden etwa um die Hälfte geringer als bei Befragten, die mit mindestens einer weiteren Person zusammen leben. Gleiches gilt für die Frauen zwischen 40 und 59 Jahren, während bei den Männern die Differenz etwas geringer ist.
- Dieser Effekt zeigt sich in Bezug auf ältere Menschen bei körperlicher Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder nicht. Dieses ohnehin seltene Ereignis tritt bei zum Befragungszeitpunkt allein lebenden Älteren nicht weniger häufig auf als bei Personen, die ihren Haushalt mit Anderen teilen. Bei 40-59-Jährigen hingegen liegen – vor allem bei den Frauen - auch in Bezug auf körperliche Gewalt die Prävalenzen bei den "Wohnungs-Singles" unter denen derjenigen in Mehrpersonenhaushalten.⁴³

Tab. 13: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

12-Monats-Prävalenz psychischer Aggression und physischer Gewalt durch Familien- und Haushaltsmitglieder nach Alter, Geschlecht und Haushaltsform

Viktimisierungsform	Haushaltsform	W		M	
		40-59 J.	60 J. +	40-59 J.	60 J. +
Psych. Aggression					
	Single	28.9%	16.5%	37.5%	13.3%
	> 1 Person	59.1%	30.8%	51.1%	28.3%
Physische Gewalt					
	Single	0.0%	1.8%	2.1%	1.2%
	> 1 Person	5.1%	1.6%	3.4%	1.3%

⁴² Unter den 40-59-Jährigen leben 13.2% der Männer und 10.2% der Frauen in Einpersonenhaushalten.

⁴³ Sicherlich sind unter den Befragten solche, bei denen der Umstand des Alleinlebens auch vor dem Hintergrund vorangegangener Gewalterfahrungen durch ein Haushaltsmitglied zu sehen ist. Detaillierte Analysen von Angaben zu besonders schwerwiegenden Gewaltvorkommnissen werden im Verlauf der weiteren Auswertungen diesen Zusammenhang stärker beleuchten.

Verhältnis von Viktimisierungserfahrungen im Bereich der allgemeinen Kriminalität und von Nahraumgewalt bei Befragten ab 60 Jahren

Tabelle 14 stellt dar, zu welchen Anteilen Opfer und Nicht-Opfer von Kriminalität (laut face-to-face-Befragung) zugleich - den *Drop off*-Daten zufolge - Opfer von Formen häuslicher Gewalt wurden. Beide Merkmale sind jeweils auf das Jahr 2004 bezogen. Unter den Kriminalitätsopfern liegt der Anteil von Personen mit Viktimisierungserfahrungen im häuslichen Bereich jeweils etwas höher als bei denjenigen, die für 2004 in der face-to-face-Befragung keine Kriminalitätserfahrungen berichten; die Unterschiede sind jedoch gering.

Tab. 14: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

**Koinzidenz von Kriminalitätserfahrungen und Erfahrungen von Nahraumgewalt
bei Befragten ab 60 Jahren im Jahr 2004**

		Opfer Nahraumgewalt 2004					
		Opfer physischer Gewalt		Opfer psych. Aggression		Nicht-Opfer	
ältere Opfer Kriminalität 2004 (n=108)		3	2.8%	32	29.6%	76	70.4%
	Frauen (n=61)	0	0.0%	17	27.9%	44	72.1%
	Männer (n=47)	3	6.4%	15	31.9%	32	68.1%
ältere Nicht-Opfer Kriminalität 2004 (n=1699)		23	1.4%	430	25.3%	1268	74.6%
	Frauen (n=879)	15	1.7%	217	24.7%	661	75.2%
	Männer (n=820)	8	1.0%	213	26.0%	607	74.0%

Anders herum betrachtet ergibt sich folgendes Bild: Von den 26 älteren Opfern physischer Nahraumgewalt wurden drei (11.5%) ebenfalls Opfer von Kriminalität. Entsprechendes gilt für 6.9% der Opfer verbaler Aggression und für 5.7% derjenigen, die für das Jahr 2004 über keinerlei Nahraum-Opfererfahrungen berichteten.

Insgesamt liegt bei den älteren Befragten der Anteil der Opfer häuslicher Gewalt unter den Kriminalitätsopfern bei 29.6%, unter den Nicht-Kriminalitätsopfern bei 25.4% ($\chi^2=0.97$, $df=1$, n.s.). Das Bild wandelt sich etwas, wenn die jüngere Teilstichprobe einbezogen wird. Dann sind unter allen Kriminalitätsopfern 43.2% auch von häuslicher Gewalt betroffen, unter den Nicht-Kriminalitätsopfern hingegen lediglich 32.1% ($\chi^2 = 8.49$, $df=1$, $p<.01$).

In Einzelfällen (praktisch nur bei Gewaltdelikten) kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die Angaben zu Kriminalitätserfahrungen in der face-to-face-Befragung und die Angaben im Fragebogen auf identische Ereignisse beziehen.

Viktimisierung von Pflege- und Hilfebedürftigen

In begrenztem Umfang kann die KFN-Viktimisierungsbefragung auch Antworten auf die Frage geben, wie sich die Gefährdungslage für Menschen darstellt, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen Pflege, Hilfe und Unterstützung benötigen. Begrenzt sind die Antwortmöglichkeiten vor allem deshalb, weil eben diese Merkmale auch dazu beitragen, dass Personen in derartigen vollstandardisierten Befragungen nicht erreicht werden.

Im Viktimisierungssurvey 2005 wurde im Anschluss an eine Filterfrage (*"Es kommt vor, dass Menschen in ihrem Alltag Hilfe, Unterstützung und Pflege durch andere erhalten z.B. indem andere Personen sie begleiten (etwa bei Einkäufen, Arztbesuchen) oder sie bei Tätigkeiten unterstützen (wie z.B. im Haushalt oder bei der Körperpflege). Außerdem kann es sein, dass Menschen regelmäßig und auf längere Zeit Hilfe bei medizinischen Verrichtungen bekommen, wie z.B. bei der Einnahme von Medikamenten oder beim Wechseln von Verbänden. Denken Sie jetzt bitte an die Zeit seit Anfang des Jahres 2000. Haben Sie in dieser Zeit derartige Hilfe, Pflege oder andere Unterstützung erhalten?"*) für diejenigen, die die Frage bejaht hatten, zunächst die Prävalenz verschiedener Formen von Viktimisierungen durch Familien- und Haushaltsmitglieder und für Betreuung, Pflege oder Unterstützung zuständige Personen erhoben (Beeinträchtigungen der persönlichen Freiheit, Vernachlässigung, erzwungene Übertragung von Eigentum etc.). In einem weiteren Schritt wurden für diese problematischen Verhaltensweisen auch Inzidenzen in Bezug auf das Jahr 2004 erfasst.

6.0% der Jüngeren und 13.7% der Älteren gaben an, aktuell oder in den vergangenen fünf Jahren im Sinne der oben genannten Frage Hilfe, Pflege oder Unterstützung erhalten zu haben. Bei den Älteren sind dies 241 Personen, zu 59% Frauen; das Durchschnittsalter beträgt 74 Jahre. Der relativ hohe Anteil von fast 14% aller älteren Befragten weist bereits darauf hin, dass es sich hierbei nicht nur um Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI handelt. Tatsächlich gaben von den 241 Älteren, die die Frage nach Pflege-, Hilfe- und Unterstützungsbedarf in den letzten fünf Jahren bejaht hatten, lediglich 44 (18.3%) an, aktuell SGB XI-Leistungen zu beziehen. Von diesen 44 Personen waren 27 in Pflegestufe 1, 10 in Pflegestufe 2 und immerhin 6 in Pflegestufe 3 (Schwerstpflegebedürftige) eingruppiert.

Abb. 18: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:

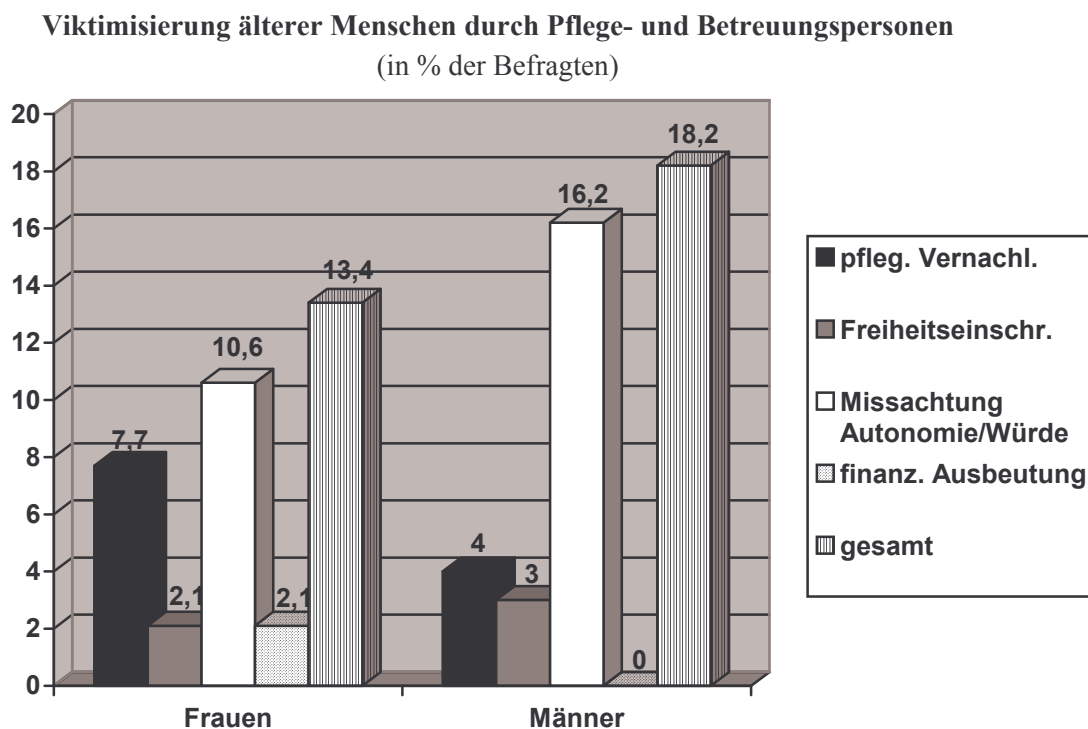


Abbildung 18 stellt dar, wie viele der aktuell oder früher Pflege- und Hilfebedürftigen angaben, "von Haushaltsmitgliedern, Familienangehörigen oder anderen Personen, die für Ihre Betreuung, Pflege oder Unterstützung zuständig sind, schlecht behandelt" worden zu sein. Dabei werden die Bereiche pflegerische Vernachlässigung (z.B. hat mir wichtige Medikamente vorenthalten; hat mir Hilfe bei der Körperpflege verweigert, obwohl ich alleine nicht zurecht kam), Einschränkung der Bewegungsfreiheit (z.B. hat mich im Zimmer / in der Wohnung eingeschlossen; hat mich gezwungen, Medikamente zur Ruhigstellung zu nehmen), finanzielle Ausbeutung (hat mich gezwungen, Sachen zu verschenken oder Eigentum gegen meinen Willen zu übertragen) sowie verschiedene Formen der Missachtung von Autonomie und Würde (z.B. hat meine Kontaktmöglichkeiten zu anderen Personen absichtlich eingeschränkt; hat eine wichtige Entscheidung, die mich betraf, über meinen Kopf hinweg getroffen) unterschieden.

Rund 15% der aktuell oder früher Pflegebedürftigen berichten problematisches Verhalten von Pflege- und Betreuungspersonen, vor allem verschiedene Formen der Missachtung von Autonomie und Würde (13%) und der pflegerischen Vernachlässigung (6%).

Eine solche Fragebogenstudie kann lediglich eine unter Gesundheitsgesichtspunkten positive Auswahl pflege- und hilfebedürftiger Personen erreichen. Demenzkranke sind mutmaßlich nicht vertreten⁴⁴; es handelt sich bei den TeilnehmerInnen um Personen, die körperlich und intellektuell in der Lage waren, die Befragung zu absolvieren. Wegen dieser positiven Selektion einerseits und des geringen Stichprobenumfanges andererseits können die Ergebnisse nicht verlässlich hochgerechnet werden auf Pflegebedürftige insgesamt. Was den Daten sicherlich zu entnehmen ist, ist der Umstand, dass sich auch unter jenen Personen, die nur bis zu einem gewissen Grad oder nur vorübergehend auf die Hilfe Anderer angewiesen sind, in nennenswertem Umfang solche finden, die von eben diesen Helfern schlecht behandelt wurden.

Tabelle 15 zeigt für ältere Personen mit und ohne speziellen Pflege- und Hilfebedarf Viktimisierungsraten in Bezug auf Kriminalität allgemein sowie auf körperliche und psychische Nahraumgewalt. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind insgesamt gering und eher unsystematisch.

Tab. 15: KFN-Viktimisierungsbefragung 2005:
Prävalenz verschiedener Viktimisierungsformen bei Befragten ab 60 J.
nach Geschlecht und Hilfe- / Pflegebedürftigkeit

Viktimisierungsform	Frauen		Männer	
	pflege-/hilfebedürftig (n=142)	nicht pflege-/hilfebedürftig (n=768)	pflege-/hilfebedürftig (n=99)	nicht pflege-/hilfebedürftig (n=751)
Kriminalität, 12 Monate	7.7%	6.4%	2.0%	6.0%
Kriminalität, 5 Jahre	19.0%	16.3%	15.2%	18.8%
Nahraum: psych. Aggression, 12 Mon.	20.6%	25.4%	22.1%	27.2%
Nahraum: physische Gewalt, 12 Mon.	1.4%	1.7%	1.1%	1.3%

⁴⁴ In Deutschland leben nach Schätzungen rund eine Million demenziell erkrankte Menschen; mehr als zwei Drittel haben das 80. Lebensjahr vollendet (BICKEL, 2000; 2001; 2002). Es wird davon ausgegangen, dass sich die Zahl der Demenzkranken bis 2050 mehr als verdoppeln wird (BICKEL, 2001). Auf einer globalen Ebene wird sogar angenommen, dass die Zahl der Demenzkranken, die derzeit in der Größenordnung von 25 Millionen veranschlagt wird, bis zum Jahr 2040 auf über 80 Millionen angestiegen sein wird (FERRI et al., 2005); in Europa gehen Experten für den Zeitraum 2000 - 2050 von einer Steigerung von 7.1 auf 16.2 Millionen Demenzkranke aus (WANCATA, MUSALEK, ALEXANDROWICZ & KRAUTGARTNER, 2003).

2.1.6. Zusammenfassung und Ausblick

Die bisherigen Auswertungen des Datensatzes haben gezeigt, dass die Gefährdungssituation für jene älteren Menschen, die mittels derartiger Befragungen erreicht werden, relativ wenig dramatisch ist. Sowohl im Bereich der allgemeinen Kriminalität als auch in dem der Nahraumgewalt liegen die Viktimisierungsraten der 60-85-Jährigen in nahezu allen erfragten Bereichen unter denen der 40-59-Jährigen. In beiden Altersgruppen sind die Prävalenzraten im Vergleich zum Survey des Jahres 1992 zurückgegangen. Ältere Menschen zeichnen sich zudem durch Kriminalitätswahrnehmungen aus, die insofern realistisch sind, als das eigene Risiko eher gering veranschlagt und vor allem im Bereich der Eigentumsstraftaten gesehen wird. Sie sind nicht furchtsamer als Jüngere, verhalten sich aber vorsichtiger.

Die bisher präsentierten Auswertungen beschränken sich auf einen Kernbereich der hier erhobenen Variablen und sind primär deskriptiver Natur. Im weiteren Verlauf der Analysen wird es vor allem darum gehen, unter Einbeziehung weiterer Variablen Zusammenhänge zwischen Viktimisierungserfahrungen bzw. Kriminalitätsfurcht/Sicherheitsgefühl und Alter in komplexen multivariaten Modellen zu prüfen. Dabei wird psychologischen Merkmalen (wie Depressivität, Bewältigungsstile, Selbstwirksamkeit, Kontrollüberzeugungen) ebenso Bedeutung zukommen wie dem gesamten Bereich der Gesundheit, der sozialen Einbindung und Unterstützung und verschiedenen soziodemographischen Variablen.

2.2. Pflegebezogene Projektelemente

2.2.1. Schriftliche Befragung ambulanter Pflegekräfte

Im Hinblick auf die geringe bzw. in hohem Maße selektive Befragbarkeit Pflegebedürftiger schied die Möglichkeit einer standardisierten Opferwerdungsbefragung bei dieser Gruppe aus. Dies bedeutet jedoch nicht zwangsläufig einen Verzicht auf die Erhebung quantitativer Daten zur Viktimisierung pflegebedürftiger älterer Menschen. Vielmehr besteht die Möglichkeit, Personen, die unmittelbar an Pflegebeziehungen und Pflegetätigkeiten beteiligt sind, zu ihren Erfahrungen und ihrem Verhalten zu befragen; grundsätzlich können diese Personen im Hinblick auf die Untersuchungsthematik als (potenzielle) Akteure, als Betroffene und als Beobachter, Zeugen oder Informanten angesprochen werden.

Im Rahmen der Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" wird diese Option zweifach genutzt, indem sowohl ambulante Pflegekräfte als auch pflegende Familienangehörige befragt werden. Im Folgenden werden die Befragung professionell Pflegender und ihre zentralen Ergebnisse beschrieben. Ausführlich sind die Teilstudie und ihre Ergebnisse in der Arbeit von RABOLD (2006) dargestellt.

2.2.1.1. Befragungsziele und methodischer Zugang

Ziel der Befragung ambulanter PflegedienstmitarbeiterInnen war es vor allem, bislang national wie international weitgehend fehlende Prävalenz- und Inzidenzdaten zur Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger durch ambulante Pflegekräfte zu gewinnen. Darüber hinaus sollten Risikofaktoren und Prädiktoren der Misshandlung und Vernachlässigung durch professionelle Pflegekräfte im häuslichen Umfeld ermittelt werden.

Zur Beantwortung dieser Fragestellungen wurde eine schriftlich-postalische Befragung aller regelmäßig pflegerisch tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ambulanter Pflegedienste in der Stadt Hannover in Angriff genommen. Die lokale Begrenzung der Studie auf die Stadt Hannover hatte forschungsökonomische Gründe; sie ermöglichte es, mit den vorhandenen personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen bei Anbahnung und Durchführung der Befragung engen Kontakt zu den Pflegediensten zu halten und klärende Gespräche persönlich vor Ort mit den Pflegedienstleitungen zu führen. Selbst bei geringer Beteiligung der Pflegedienste bzw. deren MitarbeiterInnen konnte auf Grund der hinreichend großen Anzahl an MitarbeiterInnen in Hannover davon ausgegangen werden, dass der angestrebte Mindest-Stichprobenumfang von N=300 realisiert werden konnte.

Die Pflegekräfte wurden zu aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger befragt, das sie erlebt hatten, ferner zu eigenem und zu von ihnen beobachtetem problematischem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen (im Wesentlichen ging es dabei um Formen der Misshandlung, der Vernachlässigung und der unangemessenen Freiheitseinschränkung von Pflegebedürftigen). Diese Fragen bezogen sich jeweils auf die letzten 12 Monate vor der Befragung. Darüber hinaus deckte das Instrument⁴⁵ folgende Bereiche ab:

- demographische Grunddaten zur befragten Person
- berufliche Position, Erfahrung und Qualifikation der befragten Person
- Grundmerkmale der Tätigkeit der befragten Person, Beschreibung der aktuellen Klientel
- Strukturmerkmale und Merkmale der Arbeitsweise des Pflegedienstes
- Bewertung von Merkmalen der beruflichen Tätigkeit und des Arbeitsumfeldes
- Belastungserleben, belastende Faktoren und Belastungsbewältigung

⁴⁵ Im Wortlaut ist das Instrument der Pflegekräftebefragung abgedruckt bei GÖRGEN, HERBST & RABOLD (2005), GÖRGEN, RABOLD UND HERBST (2006) sowie bei RABOLD (2006).

- Konflikte mit an der Pflege beteiligten oder darauf einwirkenden Personen, Gruppen, Institutionen
- Einschätzung des gewaltpräventiven Potenzials verschiedener Maßnahmen im Bereich der häuslichen Pflege.

2.2.1.2. Befragungsdurchführung

Im Frühjahr 2005 erfolgte zunächst die Kontaktaufnahme zu den Pflegediensten (bzw. den Pflegedienstleitungen) in Hannover. Vor dem Hintergrund der Unterstützung durch die Trägerorganisationen und Dachverbände, mit denen Anfang 2005 Gespräche geführt wurden, genügte bei den einzelnen Pflegediensten oftmals eine telefonische Kontaktaufnahme, um deren Teilnahmebereitschaft zu sichern. Mit Hilfe eines kurzen Anschreibens über die geplante Studie wurden die nicht in Trägerorganisationen zusammengeschlossenen Dienste informiert. Einige Tage später wurden die Pflegedienstleitungen telefonisch kontaktiert, um eventuelle Fragen zu klären und zusätzliche Informationen zu der Studie zu geben. Darüber hinaus wurden die grundsätzliche Teilnahmebereitschaft und das weitere Vorgehen abgeklärt sowie vorab Informationen über die Personalstärke der Dienste eingeholt. Sofern es von den Diensten gewünscht wurde, fanden zusätzlich auch persönliche Gespräche statt, in denen das Vorhaben ausführlicher erläutert werden konnte.

In der ersten Aprilwoche 2005 wurde die Feldphase mit einem an alle pflegerisch tätigen MitarbeiterInnen der Dienste gerichteten Informationsschreiben eingeleitet. In diesem Schreiben wurden die Befragten auf die baldige Zusendung des Fragebogens vorbereitet. Mitte April 2005 erfolgte die Zusendung der Befragungssets an die Pflegedienste. Ein Befragungsset umfasste ein Anschreiben, einen Fragebogen, einen frankierten und an das KFN adressierten Rückumschlag sowie eine Postkarte, die bei Einsendung zu einem Los der ARD-Fernsehlotterie wurde. Dieser materiell eher geringwertige Vorab-Incentive diente der Erhöhung der Teilnahmebereitschaft der Pflegekräfte. Die Pflegedienstleitungen erhielten zudem ein Formular mit Fragen zur Verteilung der zugesandten Fragebögen und zu etwaigen Ausfällen durch Verweigerung, Krankheit, Urlaub etc. Die Pflegekräfte wurden gebeten, den Fragebogen innerhalb von drei Wochen auszufüllen und zurückzuschicken. Gegen Ende dieses Zeitraums wurde wiederum allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ein Dankes- und Erinnerungsschreiben zugesandt mit der Bitte, einen evtl. noch nicht ausgefüllten Fragebogen zu beantworten und mit der Option, sich anstelle eines verloren gegangenen - oder nie erhaltenen - Fragebogens ein neues Exemplar zusenden zu lassen⁴⁶. Von einer zweiten Nachfassaktion wurde abgesehen. Gründe dafür waren vor allem die fehlende Rücklaufkontrolle von Seiten des Forscherteams, was ein erneutes Versenden von Fragebogen bzw. Erinnerungsschreiben an alle Befragten erforderlich gemacht hätte.

Die Herstellung von Kontakten zur Zielgruppe - den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der einzelnen Dienste - konnte in allen Teilphasen der Befragung nur über die Pflegedienstleitungen erfolgen; alle Strategien, die auf ein Ermitteln der individuellen Anschriften der Zielpersonen abgezielt hätten, wären vor allem aus Gründen des Datenschutzes und nicht zuletzt angesichts der Vielzahl der beteiligten Dienste zum Scheitern verurteilt gewesen. Dies bedeutet zugleich, dass die Forschungsgruppe auf die Verlässlichkeit der Angaben der Pflegedienstleitungen angewiesen war und letztlich keine endgültige Sicherheit besteht, dass alle Unterlagen (Vorankündigungen, Befragungssets, Erinnerungsschreiben) an die MitarbeiterInnen weitergeleitet wurden. Die hohe Kooperationsbereitschaft der einzelnen Dienste sowie der flächendeckende Charakter der Befragung mit mehreren (brieflichen) Kontakten sprechen jedoch für die Zuverlässigkeit der Pflegedienstleitungen.

⁴⁶ Um Bedenken der Pflegedienstmitarbeiter bezüglich der Anonymität und Vertraulichkeit der Angaben vor allem gegenüber der Pflegedienstleitung zu minimieren, wurde auf eine Kennzeichnung der Fragebögen, die eine Zuordnung zu einzelnen Diensten ermöglicht hätte, verzichtet.

2.2.1.3. Ausschöpfung

Von 56 zu Beginn der Feldphase in Hannover tätigen ambulanten Pflegediensten beteiligten sich 49 an der Befragung. Sechs Dienste verweigerten, eine Neugründung schied aus, da der Dienst erst seit wenigen Monaten bestand und auf 12 Monate bezogene Fragen daher nicht zu beantworten bzw. die Antworten nicht dem Pflegedienst zuzurechnen gewesen wären. Insgesamt wurden 1.393 Fragebögen an die Pflegedienste verschickt (Tabelle 16). Mit Hilfe der von *allen* teilnahmebereiten Pflegediensten zurückgesandten Formulare über die Verteilung der Fragebögen sind differenziertere Aussagen über die neutralen und systematischen Ausfälle möglich. Nach Abzug der neutralen Ausfälle ergibt sich eine bereinigte Bruttostichprobe von N = 1.162. Die 503 zurückgesandten auswertbaren Fragebögen entsprechen – bezogen auf die bereinigte Bruttostichprobe – einer Ausschöpfungsquote von 43.3 Prozent.

Tab. 16: KFN-Pflegekräftebefragung 2005:
Ausschöpfungsquote⁴⁷

	Pflegedienste	Mitarbeiter	%
Bruttostichprobe ambulante PDe Hannover	56	1.502	100
neutrale Ausfälle	1	2	0.1
verweigert	6	107	7.1
Bruttostichprobe teilnahmebereite PDe*	49	1.393	100
neutrale Ausfälle		231	16.6
Krankheit, Urlaub etc.		92	6.6
überzählige Fragebögen bzw. nicht in der Pflege tätige MitarbeiterInnen ⁴⁸		139	10.0
bereinigte Bruttostichprobe	49	1.162	100
Annahme verweigert lt. Angabe des PDes		36	3.1
Nettostichprobe		503	43.3

* PD = Pflegedienst

Teilnahmequoten bei Befragungen von Pflegekräften sind häufig niedrig. Dies gilt keineswegs nur für ein (mutmaßlich) so "heikles" oder "brisantes" Thema wie Gewalt, sondern auch z.B. für Studien zu Arbeitsweisen in der ambulanten Pflege (18%; SCHIM, THORNBURG & KRAVUTSKE, 2001), zum Wissen über Dekubitalgeschwüre (16%; PRENTICE & STACEY, 2001), zur wahrgenommenen Effizienz von Krankenhäusern (27%; BURKE, 2001) oder zur Überbelegung von Notfallstationen (36%; SCHNEIDER, GALLERY, SCHAFFERMEYER & ZWEMER, 2003). Bei auf das Thema "Viktimisierung von Pflegebedürftigen" bezogenen Befragungen von Pflegekräften im stationären Bereich berichten GÖRGEN (2001), SCHNEIDER & SIGG (1990; vgl. auch SCHNEIDER, 1990), PAYNE, BERG, & BYARS (1999) und HARRIS & BENSON (1998) Teilnahmequoten in der Größenordnung von lediglich 20%. Mit einer an den von DILLMAN (1978; 2000)

⁴⁷ Tabelle modifiziert nach RABOLD (2006, S. 54).

⁴⁸ Zum Teil waren von den Diensten zunächst zu hohe (in der Regel geschätzte) Zahlen pflegerisch tätiger MitarbeiterInnen benannt und Fragebögen in entsprechender Zahl übersandt worden. "Nicht in der Pflege tätig" bezeichnet MitarbeiterInnen, die in anderen Tätigkeitsfeldern innerhalb des Pflegedienstes (z.B. als Hausmeister) eingesetzt waren bzw. nicht im ambulanten, sondern im stationären Bereich einer Einrichtung tätig waren und daher über den Befragungsgegenstand keine Auskunft geben konnten.

postulierten Konzepten⁴⁹ ausgerichteten Strategie wurde in der Studie von GÖRGEN (2004a; 2006) immerhin eine Beteiligung von 36% erreicht.

Vor diesem Hintergrund und angesichts der Tatsache, dass in postalischen Befragungen generell eher geringe Rücklaufquoten erzielt werden und der Zugang zu den Pflegekräften nur über die Pflegedienstleistungen erfolgte, kann die erreichte Ausschöpfungsquote von 43 Prozent als sehr gut zu bezeichnet werden.

Trotz der für eine Befragung unter Pflegekräften erfreulich hohen Quote muss davon ausgegangen werden, dass Filter- und Selektionsfaktoren in der Befragung wirksam wurden, die tendenziell dazu beitragen, das Bild von der Viktimisierung in der häuslichen Umgebung gepflegter Personen positiv (d.h. in Richtung einer Entdramatisierung vorhandener Probleme und Gefahren) zu beeinflussen. Neben den im Ausmaß recht begrenzten Verweigerungen auf Ebene der Dienste ist davon auszugehen, dass (a) innerhalb der partizipierenden Pflegedienste die für eine solche Thematik wenig sensibilisierten, möglicherweise in ihrem Verhalten problematischen, vielleicht auch im Hinblick auf derartige Befragungen und deren Auswirkungen für die eigene Person, den konkreten Pflegedienst und das Berufsbild insgesamt skeptischen Pflegekräfte sich eher nicht beteiligen, (b) manche der Befragten ein eher defensives Antwortverhalten zeigen, d.h. eigenes problematisches Verhalten nicht bzw. in reduzierter Häufigkeit berichten⁵⁰.

2.2.1.3. Beschreibung der Stichprobe

Tabelle 17 gibt einen Überblick über wesentliche soziodemografische Merkmale der Stichprobe der befragten Pflegekräfte (N=503). Die Befragten sind im Durchschnitt 41.4 Jahre alt; das Alter streut zwischen 19 und 68 Jahren. Der Frauenanteil liegt bei 85,3%. Zu 46.7% handelte es sich um examinierte Pflegekräfte. Rund 14% der Befragten geben an, dass Deutsch nicht oder nicht alleine ihre Muttersprache sei. Es überwiegen mittlere Bildungsabschlüsse; immerhin fast 31% der Befragten haben das Abitur oder einen vergleichbaren Abschluss erworben.

⁴⁹ Das auf austauschtheoretischen Überlegungen basierende "total design method"-Konzept von DILLMAN (1978; vgl. auch DILLMAN, 1991; DILLMAN, SINCLAIR & CLARK, 1993; SALANT & DILLMAN, 1994) und die Weiterentwicklung "tailored design method" (DILLMAN, 2000) wollen die Teilnahmebereitschaft bei postalischen Befragungen erhöhen, indem die subjektive Kosten-Nutzen-Bilanz des Teilnehmers möglichst positiv gestaltet wird. Bedeutsame Variablen im Rahmen der TDM sind u.a. Länge und äußere Gestaltung des Befragungsinstruments sowie der zum Verstehen der Instruktionen und zum Beantworten der Fragen erforderliche Aufwand.

⁵⁰ Dies kann grundsätzlich intentional wie nicht intentional geschehen und auch darauf beruhen, dass eine Person eigenes im Sinne der Befragung einschlägiges Verhalten nicht mehr erinnert bzw. als nicht einschlägig subsumiert.

Tab. 17: KFN-Pflegekräftebefragung 2005:
Soziodemografische Merkmale der Befragten⁵¹

	M	SD
Alter	41.43	10.60
	N	%
Geschlecht		
weiblich	429	85.3
männlich	71	14.1
keine Angabe	3	0.6
Muttersprache		
Deutsch	430	85.5
Deutsch + andere Sprache	25	5.0
ausschließlich andere Sprache	47	9.3
keine Angabe	1	0.2
Höchster Schulabschluss		
Hauptschulabschluss/Volksschule/POS (8./9. Klasse)	128	25.4
Realschulabschluss/Mittlere Reife/POS (10. Klasse)	218	43.3
Abitur/Fachabitur/EOS (12.Klasse)	154	30.6
kein Schulabschluss	1	0.2
keine Angabe	2	0.4
Berufliche Qualifikation (Mehrfachnennungen möglich)		
examinierte Alten-/Krankenpflegekraft	233	46.7
Alten-/Krankenpflegehelfer/in	74	14.8
in Ausbildung zur Alten-/Krankenpflegekraft	7	1.4
in Ausbildung zur Alten-/Krankenpflegehelfer/in	4	0.8
andere pflegerische Ausbildung	77	15.4
andere berufliche Ausbildung	99	12.8
in Ausbildung im Gesundheits-/Pflegebereich	12	2.4
in Ausbildung in anderem Bereich	2	0.4
keine Ausbildung	46	9.2
keine Angabe	60	12.0

Die mittlere Berufserfahrung der Befragten lag bei 11.6 Jahren. 48% der Pflegekräfte waren bei privaten Diensten, weitere 37% bei solchen in kirchlicher Trägerschaft beschäftigt; bei dem aktuellen Pflegedienst waren die befragten Personen im Durchschnitt seit 5.1 Jahren tätig.

Im Durchschnitt versorgte jede der befragten Pflegekräfte regelmäßig (d.h. mindestens einmal pro Woche) 12 Pflegebedürftige, die zu rund 75% weiblichen Geschlechts waren. Etwa die Hälfte der regelmäßig versorgten Pflegebedürftigen wurde von den Befragten als inkontinent, ein Drittel als demenzkrank charakterisiert. Bettlägerigkeit und Rollstuhlbenutzung fallen demgegenüber weniger ins Gewicht. Dieses Bild stimmt in der Tendenz mit Befunden zur Verbreitung von Inkontinenz und Demenz überein. In Deutschland leiden nach Angaben der Deutschen Kontinenz Gesellschaft rund 15 Prozent der Frauen und 8 Prozent der Männer ab 60 Jahren an Harninkontinenz (vgl. DEUTSCHE KONTINENZ-GESELLSCHAFT, 2006). Schätzungen für die Anzahl der demenziell Erkrankten liegen bei etwa einer Million (vgl. BICKEL, 2002).

⁵¹ Tabelle modifiziert nach RABOLD (2006, S. 57).

2.2.1.4. Ausgewählte Befragungsergebnisse

Sämtliche Fragen zu erlebter, selbstberichteter und beobachteter Viktimisierung beziehen sich auf den Zeitraum der 12 Monate vor der Befragung (*Wie oft haben Sie in den letzten 12 Monaten erlebt, dass...?*). In die nachfolgenden Analysen wurden deshalb nur diejenigen Personen einbezogen, die in diesem Zeitraum durchgängig in der Pflege beschäftigt waren. Dies trifft auf 437 Personen zu. Von diesen wiederum beschrieben 10 ihre Arbeit so, dass auf eine durch Leitungs- bzw. administrative Aufgaben dominierte Tätigkeitsstruktur zu schließen war. Diese kleine Gruppe wurde im Hinblick auf zeugenschaftlich berichtete Vorkommnisse mitberücksichtigt, bei der Auswertung von Fragen nach Betroffensein durch aggressives Verhalten sowie nach eigenem problematischem Verhalten Pflegebedürftiger jedoch ausgeklammert. Selbstberichtete Täter- und Opferdaten liegen daher für 427 der 503 Befragten (84,9%) vor. Fragen, die sich nicht auf die vergangenen 12 Monate beziehen (etwa zu Vorstellungen über präventiv wirksame Maßnahmen in Bezug auf Misshandlung und Vernachlässigung), wurden über alle 503 Befragten ausgewertet.

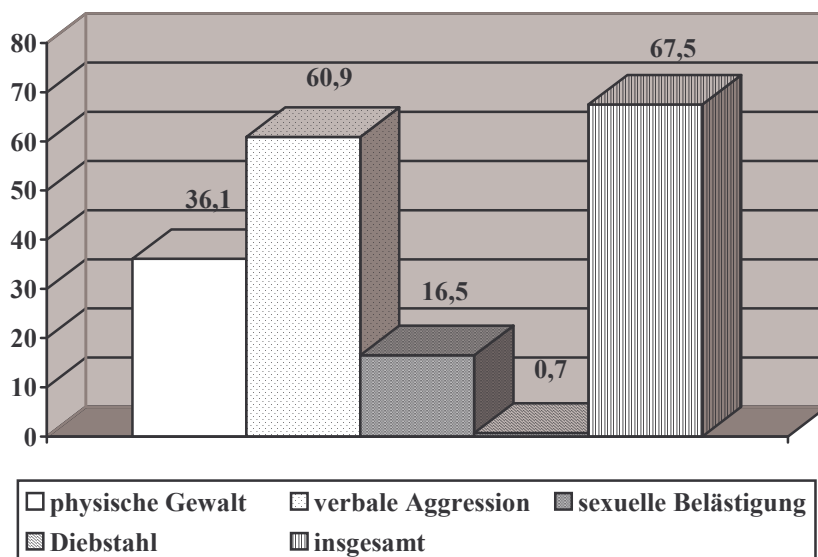
2.2.1.4.1. Pflegekräfte als von aggressivem Verhalten Pflegebedürftiger Betroffene

Dass Pflegekräfte in der vorliegenden Studie hauptsächlich als Täter bzw. Zeugen befragt werden, soll nicht darüber hinwegtäuschen, dass auch sie von aggressivem und in anderer Weise problematischem Verhalten Pflegebedürftiger betroffen sein können. Das Erleben aggressiver Übergriffe von Seiten des Pflegebedürftigen spielt insofern eine besondere Rolle, als dies – so Forschungsbefunde zur stationären Pflege – einen Risikofaktor für Misshandlung und Vernachlässigung der von den Pflegepersonen betreuten Älteren darstellt (vgl. u.a. GÖRGEN 2004a; PILLEMER & BACHMAN-BREHN 1991; PILLEMER & SUITOR 1992).

Die Pflegekräfte wurden gebeten anzugeben, ob und wenn ja, wie häufig sie in den letzten 12 Monaten Erfahrungen mit körperlicher Gewalt, verbal aggressivem Verhalten, sexueller Belästigung und Diebstahl von Seiten Pflegebedürftiger gemacht hatten. Abbildung 19 stellt zunächst die 12-Monats-Prävalenzen für die einzelnen Viktimisierungsarten sowie die Gesamtprävalenz dar.

Abb. 19: KFN-Pflegekräftebefragung 2005:

12-Monats-Prävalenz von Pflegekräften berichteter Viktimisierungen durch Pflegebedürftige
(in % der Befragten)



Fast ein Drittel der Befragten gibt an, binnen der letzten 12 Monate keine dieser unangenehmen Erfahrungen gemacht zu haben. Verbal aggressives Verhalten wird am häufigsten berichtet (von 60.9% der Befragten). Mehr als ein Drittel (36.1%) der Befragten berichtet physische Übergriffe, etwa ein Sechstel sexuelle Belästigung (16.5%).⁵² Bei letzteren ist davon auszugehen, dass es sich teils um verbale sexuelle Belästigungen, teils auch um körperliche Übergriffe durch demenziell erkrankte Pflegebedürftige handelt.⁵³

Werden die in Abbildung 19 verwendeten Viktimisierungskategorien nach Geschlecht betrachtet, so ergeben sich größere Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Pflegekräften lediglich für sexuelle Belästigung. 18.0 % (n=66) der Frauen und 7.5 % (n=4) der Männer geben an, innerhalb des letzten Jahres durch von ihnen betreute Pflegebedürftige sexuell viktimisiert worden zu sein. In allen übrigen Bereichen liegen die Prävalenzen der männlichen Pflegekräfte auf etwa gleicher Höhe wie die der befragten Frauen.

Tabelle 18 stellt im Detail die von den Befragten berichteten Verhaltensweisen Pflegebedürftiger dar. Die Inzidenzen werden jeweils für die Betroffenen als auch alle Befragten ausgewiesen, wobei bei letzterem die „Nichtbetroffenen“ den Wert 0 erhielten. Es wird deutlich, dass in Einzelfällen extrem hohe Inzidenzen berichtet werden und die interindividuelle Varianz der Viktimisierungshäufigkeiten enorm ist. Bei den körperlichen Übergriffen stehen (mutmaßlich) weniger schwere Erscheinungsformen wie grob anfassen oder kratzen im Vordergrund; immerhin gaben aber z.B. 36 Pflegekräfte an, im vergangenen Jahr von Pflegebedürftigen getreten worden zu sein.

⁵² Diebstahlsdelikte (von lediglich 3 Befragten berichtet) wurden in erster Linie im Hinblick auf die Symmetrie von Opfer-, Täter- und Informantenitems in die Studie einbezogen. Die geringe Prävalenz überrascht im Hinblick auf das Setting und die Täter-Opfer-Beziehung (in der Wohnung des Pflegebedürftigen, durch eine gesundheitlich stark eingeschränkte Person) nicht; hier dürfte wohl in erster Linie das Entwenden von Gegenständen durch Demenzkranke in Frage kommen, kaum aber Diebstähle in der engeren Bedeutung des Wortes als gezielte Bestrebungen einer Person, Vermögen/Besitz einer anderen Person wegzunehmen und sich anzueignen.

⁵³ Sexuelle Belästigungen in der Pflege sind ein noch wenig untersuchtes Gebiet; vorliegende Studien (BARLING, ROGERS & KELLOWAY, 2001; BUCKWALTER, 1995; VALENTE & BULLOUGH, 2004) weisen darauf hin, dass sexuelle Belästigungen von Pflegekräften bei den Betroffenen Furcht, Wut und Ungerechtigkeitskognitionen hervorrufen, das affektive Commitment gegenüber der pflegerischen Arbeit senken, zu einem Leistungsrückgang gerade im interpersonellen Arbeitsbereich und tendenziell zur Vernachlässigung von Patienten/ Klienten führen können.

Tab. 18: KFN-Pflegekräftebefragung 2005:

Von Pflegekräften berichtete Viktimisierungen durch Pflegebedürftige in den letzten 12 Monaten

	Prävalenz		Inzidenz				
	419≤n≤425		Betroffene			alle Befragten	
Verhalten von Pflegebedürftigen gegenüber der befragten Person	ja	% ja	Max.	M	SD	M	SD
beleidigen	191	45.2	1200	21.29	117.93	9.15	77.93
beschimpfen	187	44.0	1200	24.25	122.92	9.82	78.99
Unwahrheiten verbreiten	121	28.7	800	12.74	76.30	3.46	40.01
mit Worten bedrohen	95	22.5	200	9.59	29.34	1.92	13.61
sexuell belästigen	70	16.5	100	5.14	13.03	0.81	5.47
grob anfassen	70	16.5	100	7.75	15.79	1.14	6.61
kratzen	60	14.2	100	9.47	20.72	1.20	7.98
mit Gegenstand nach PK werfen	52	12.3	51	4.45	10.08	0.50	3.63
stoßen	51	12.0	20	2.73	3.43	0.29	1.40
treten	36	8.5	50	4.72	10.27	0.36	3.06
bespucken	30	7.1	200	11.10	36.33	0.79	9.95
mit Faust schlagen	27	6.4	15	2.80	3.30	0.17	1.03
beißen	21	5.0	30	4.78	7.86	0.20	1.86
an den Haaren ziehen	18	4.3	5	2.65	1.50	0.11	0.60
Ohrfeige geben	18	4.3	20	2.63	4.79	0.10	1.04
mit Gegenstand schlagen	12	2.8	4	1.42	0.90	0.04	0.28
mit Waffe bedrohen	9	2.1	1	1.00	0.00	0.02	0.14
verprügeln	3	0.7	10	5.00	4.36	0.04	0.52
bestehlen	3	0.7	1	1.00	0.00	0.01	0.08
Waffe einsetzen	1	0.2	1	1.00	-	0.00	0.05

Unter „Sonstiges“ wurde Folgendes jeweils 1x angegeben: "alles geblockt", "Ausländerfeindlichkeit", "belogen", "Unterstellung eines Diebstahls", "versucht mich gegen andere Kollegen aufzuhetzen, auszuhorchen"

Tabelle 19 informiert über das gemeinsame Auftreten unterschiedlicher Viktimisierungsformen. Es wird deutlich, dass diejenigen, die eine bestimmte Form aggressiven Verhaltens Pflegebedürftiger berichten, jeweils auch in den beiden anderen Bereichen erhöhte Prävalenzen aufweisen. So geben etwa 51% derjenigen, die verbale Übergriffe Pflegebedürftiger berichten, an, auch physisch attackiert worden zu sein; bei den Nicht-Opfern im Bereich verbaler Aggression sind es lediglich 13%.

Tab. 19: KFN-Pflegekräftebefragung 2005:

**Kreuztabellierung von Opfererfahrungen ambulanter Pflegekräfte
in verschiedenen Viktimisierungsbereichen
(423≤n≤424)**

		Prävalenzen für andere Viktimisierungsformen		
Wurde Pflegekraft Opfer...		verbale Aggression	physische Aggression	sexuelle Belästigung
verbaler Aggression?	ja	-----	50.8% (n=131)	23.7% (n=61)
	nein	-----	13.3% (n=22)	5.4% (n=9)
physischer Aggression?	ja	85.6% (n=131)	-----	28.1% (n=43)
	Nein	46.9% (n=127)	-----	10.0% (n=27)
sexueller Belästigung?	ja	87.1% (n=61)	61.4% (n=43)	-----
	Nein	55.5% (n=196)	31.2% (n=110)	-----

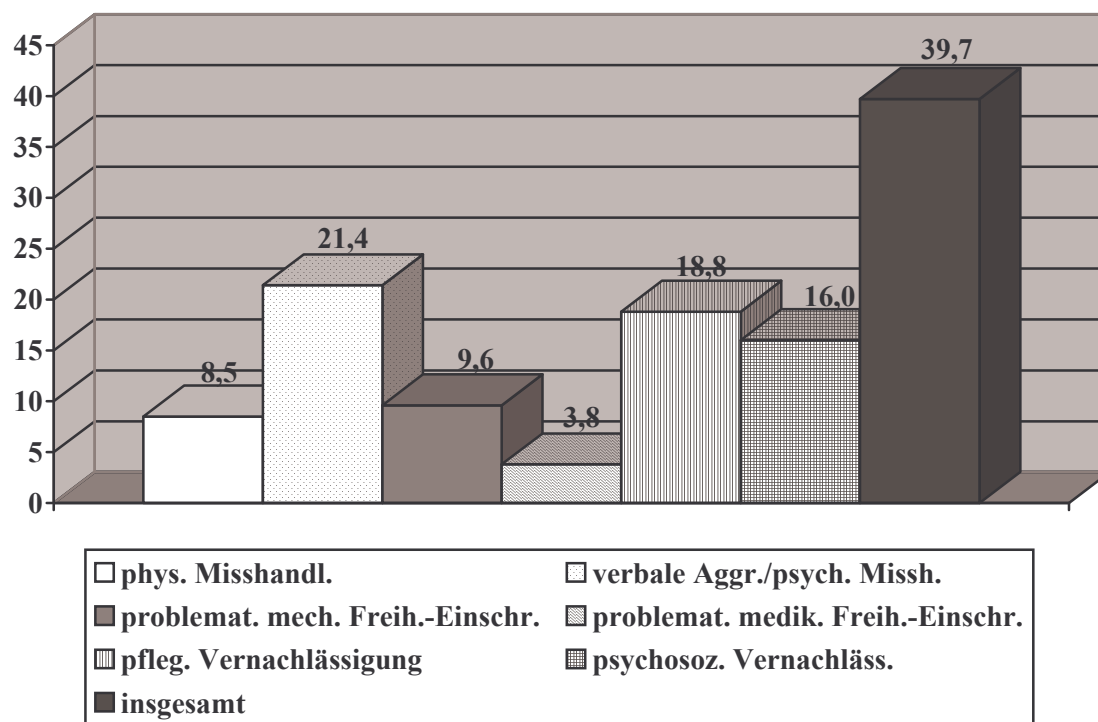
Dieser Befund lässt im Wesentlichen zwei Deutungsrichtungen zu. Er kann zum einen auf der Ebene des KlientInnenverhaltens interpretiert werden: Wer schwierige PatientInnen zu versorgen hat, wird unter Umständen bereichsübergreifend negative Erfahrungen machen. Zum anderen spielt mutmaßlich auch das Berichtsverhalten der Befragten (Erinnerungsvermögen; differentielle Sensibilität dafür, wann ein Verhalten als schwerwiegend und somit berichtenswert empfunden wird, etc.) eine Rolle.

2.2.1.4.2. Pflegekräfte als "Täter": Selbstberichte über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen

39.7% der befragten Pflegekräfte berichten für den Zeitraum der letzten 12 Monate wenigstens eine Form von im Sinne der Studie problematischem Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen. Die Prävalenzen in den einzelnen Viktimisierungsfeldern sind in Abbildung 20 dargestellt. Daraus geht hervor, dass verbale Aggression / psychische Misshandlung von allen Viktimisierungsformen am häufigsten angegeben wird; mehr als jede fünfte Pflegekraft konzidiert mindestens einmaliges Auftreten des entsprechenden Verhaltens. Ebenfalls weit verbreitet sind Formen pflegerischer und psychosozialer Vernachlässigung. Problematische Formen mechanischer bzw. medikamentöser Freiheitseinschränkung werden von 10 bzw. 4% der Befragten berichtet. 8.5% aller Befragten haben nach eigenen Angaben einen Pflegebedürftigen mindestens einmal in den vergangenen 12 Monaten physisch misshandelt.

Abb. 20: KFN-Pflegekräftebefragung 2005:

12-Monats-Prävalenz selbstberichteten problematischen Verhaltens gegenüber Pflegebedürftigen
(in % der Befragten)



Die Prävalenzen für selbstberichtetes Problemverhalten liegen bei dieser Befragung ambulanter Kräfte beträchtlich niedriger als die von GÖRGEN (2004a; 2006) in einer ähnlichen Befragung für den stationären Pflegesektor berichteten. In den zentralen Bereichen der physischen und psychischen Misshandlung, der pflegerischen Vernachlässigung und der unangemessenen Freiheitseinschränkung mit mechanischen Mitteln lagen die Prävalenzen in der Befragung von GÖRGEN (2004a) 2,5- bis 3-mal so hoch wie in der vorliegenden Studie. Geringer waren die Unterschiede in den "weichen" bzw. relativ seltenen Viktimisierungsbereichen der pflegerischen Vernachlässigung (1,9-fach) und der unangemessenen medikamentösen Freiheitseinschränkung (1,5-fach); sexuelle Viktimisierung Pflegebedürftiger wurde (zumindest als eigenes Verhalten) weder von Pflegekräften im ambulanten noch im stationären Bereich berichtet.

Tab. 20 zeigt die Prävalenzraten der einzelnen erfragten problematischen Verhaltensweisen gegenüber Pflegebedürftigen sowie Daten zur Inzidenz sowohl für Personen, die das Vorkommen der jeweiligen Handlung bejahten ("Täter") als auch für die Gesamtheit der Befragten. Nicht berichtet wurden die Verhaltensweisen "verprügeln", "ohrfeigen", "würgen", "treten", "mit der Faust schlagen", "sexuell belästigen" und "absichtlich eine falsche Rechnung ausstellen"; sie sind in der Tabelle nicht aufgeführt.

Tab. 20 : KFN-Pflegekräftebefragung 2005:

**Von Pflegekräften für einen Zwölfmonatszeitraum berichtete eigene Viktimisierungen von
Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich⁵⁴**
(422≤n≤426)

selbstberichtetes Verhalten der befragten Person gegenüber Pflegebedürftigen	Prävalenz		Inzidenz				
			"Täter"			alle Befragten	
	ja	% ja	Max	M	SD	M	SD
Wünsche absichtlich ignorieren	68	16.0	30	4.19	5.02	0.64	2.46
Mundpflege vernachlässigen	55	12.9	30	4.67	4.78	0.56	2.24
beschimpfen	43	10.1	10	2.95	2.10	0.29	1.10
anschreien	42	9.9	10	2.33	2.18	0.22	0.94
grob anfassen	34	8.0	10	2.97	2.89	0.23	1.11
auf Wunsch von Angehörigen einsperren	28	6.6	30	5.58	8.25	0.34	2.41
nicht rechtzeitig lagern	28	6.6	20	5.75	5.31	0.33	1.80
absichtlich länger als nötig auf Hilfe warten lassen	17	3.9	40	6.20	10.12	0.22	2.17
absichtlich ärgern	14	3.3	10	3.17	2.59	0.09	0.67
auf Wunsch von Angehörigen fixieren	14	3.3	10	4.17	3.30	0.12	0.87
respektlos behandeln	12	2.8	40	5.83	11.07	0.16	2.03
auf Wunsch von Angehörigen medikamentös sedieren	12	2.8	9	3.83	2.17	0.11	0.73
absichtlich beleidigen	11	2.6	10	3.82	3.28	0.10	0.79
absichtlich nicht waschen	11	2.6	10	3.10	2.73	0.07	0.62
auslachen	10	2.4	10	4.50	3.78	0.09	0.78
Wäsche bei Inkontinenz nicht wechseln	9	2.1	10	3.33	2.83	0.07	0.62
mit Worten bedrohen	8	1.9	30	5.00	10.13	0.09	1.47
medikamentös sedieren, um weniger Mühe zu haben	6	1.4	5	3.25	1.71	0.03	0.35
vor anderen lächerlich machen	5	1.2	5	2.60	1.82	0.03	0.33
nicht genug zu essen oder zu trinken geben	4	0.9	5	3.50	2.12	0.02	0.26
Verletzung nicht sorgfältig genug versorgen	3	0.7	5	3.67	2.31	0.03	0.35
absichtlich zu heiß o. zu kalt baden/duschen	2	0.5	1	1.00	0.00	0.00	0.07
fixieren, um weniger Mühe zu haben	2	0.5	3	3.00	0.00	0.01	0.21
schubsen oder stoßen	1	0.2	1	1.00	-	0.00	0.05
Schamgefühle absichtlich verletzen	1	0.2	10	10.00	-	0.02	0.49
Geld/Wertgegenstände unerlaubt wegnehmen	1	0.2	4	4.00	-	0.01	0.19

Die in Tabelle 20 dargestellten Daten verdeutlichen das Bild einer Dominanz eher wenig schwerwiegenden Verhaltensweisen. Vernachlässigung im Bereich der Mundpflege und der Lagerung werden relativ häufig berichtet. Eine pflegebedürftige Person beschimpfen oder anschreien, sie auf Wunsch von Angehörigen einsperren oder fixieren - auch dazu bekennen sich Pflegekräfte in nennenswerter Zahl. Zugleich ist festzustellen, dass schwere und eindeutig aggressive Formen der Viktimisierung kaum berichtet werden. Physische Übergriffe beschränken sich weitgehend auf "grobess Anfassen". Zwar erlaubt die Erhebungsform keine Rekonstruktion konkreter Fälle, doch liegt die Vermutung nahe, dass es sich hierbei vielfach um Verhalten handelt, das im Zuge von Pflegehandlungen stattfindet und nicht mit der Intention ausge-

⁵⁴ Tabelle modifiziert nach RABOLD (2006, S. 61).

führt wird, dem Pflegebedürftigen Schmerzen zuzufügen oder ihn zu verletzen (sondern z.B. seine Mitwirkung bei Pflegehandlungen zu forcieren, ihn an selbstgefährdendem Verhalten zu hindern, einen Angriff abzuwehren).

Bezogen auf die Gesamtheit der Befragten liegt die durchschnittliche Inzidenz jeder einzelnen erfragten Verhaltensweise unter einem einschlägigen Vorfall pro Person und Jahr. Werden die für sämtliche Items berichteten Häufigkeiten aufaddiert, ergibt sich für die Befragten eine durchschnittliche Jahresinzidenz problematischer Verhaltensweisen von 3.85 (SD = 9.59). Lediglich für die Kategorien "pflegerische Vernachlässigung" (M = 1.28, SD = 4.55) und "psychische Misshandlung/verbale Aggression" (M = 1.09, SD = 4.45) werden Inzidenzen >1 erreicht (vgl. Tabelle 21).

Tab. 21: KFN-Pflegekräftebefragung 2005:

12-Monats-Prävalenzen und -Inzidenzen selbstberichteter Viktimisierungen Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich: Viktimisierungskategorien⁵⁵
(422≤N≤426)

selbstberichtetes Verhalten der befragten Person gegenüber Pflegebedürftigen	Prävalenz		Inzidenz			
			„Täter“ ⁵⁶		alle Befragten	
	ja	% ja	M	SD	M	SD
physische Misshandlung	36	8.5	2.88	2.84	0.23	1.11
psychische Misshandlung/verbale Aggression	91	21.4	5.40	8.70	1.09	4.45
mechanische Freiheitseinschränkung	41	9.6	5.43	7.55	0.47	2.68
medikamentöse Freiheitseinschränkung	16	3.8	4.21	2.75	0.14	0.89
pflegerische Vernachlässigung	80	18.8	7.31	8.63	1.28	4.55
psychosoziale Vernachlässigung	68	16.0	4.18	5.01	0.64	2.46
finanzielle Schädigung	1	0.2	4.00	-	0.01	0.19
gesamt	169	39.7	10.05	13.32	3.85	9.59

2.2.1.4.3. Perspektive der "dritten Person": Pflegekräfte als Informanten über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen

Pflegekräfte wurden neben ihrer Rolle als potenzielle Opfer und Täter auch als Informanten über problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen im häuslichen Bereich befragt. Derartige Zeugenberichte beziehen sich nicht immer auf unmittelbare Verhaltensbeobachtungen der Befragten, sondern auch auf den Befragten zur Kenntnis gebrachte Berichte (des Pflegebedürftigen oder anderer Personen) über Verhalten sowie auf Rückschlüsse auf Verhalten aufgrund entsprechender Symptome. In Abbildung 21 sind die 12-Monats-Prävalenzen für solche zeugenschaftlich berichteten Formen der Viktimisierung dargestellt. Besonders häufig wird von psychischer Misshandlung, pflegerischer Vernachlässigung und physischer Aggression berichtet. Mehr als jede zweite Pflegekraft wurde im Referenzzeitraum Zeuge mindestens eines Falles von gegen einen Pflegebedürftigen gerichteter verbaler Aggression bzw. psychischer

⁵⁵ Tabelle modifiziert nach RABOLD (2006, S. 64).

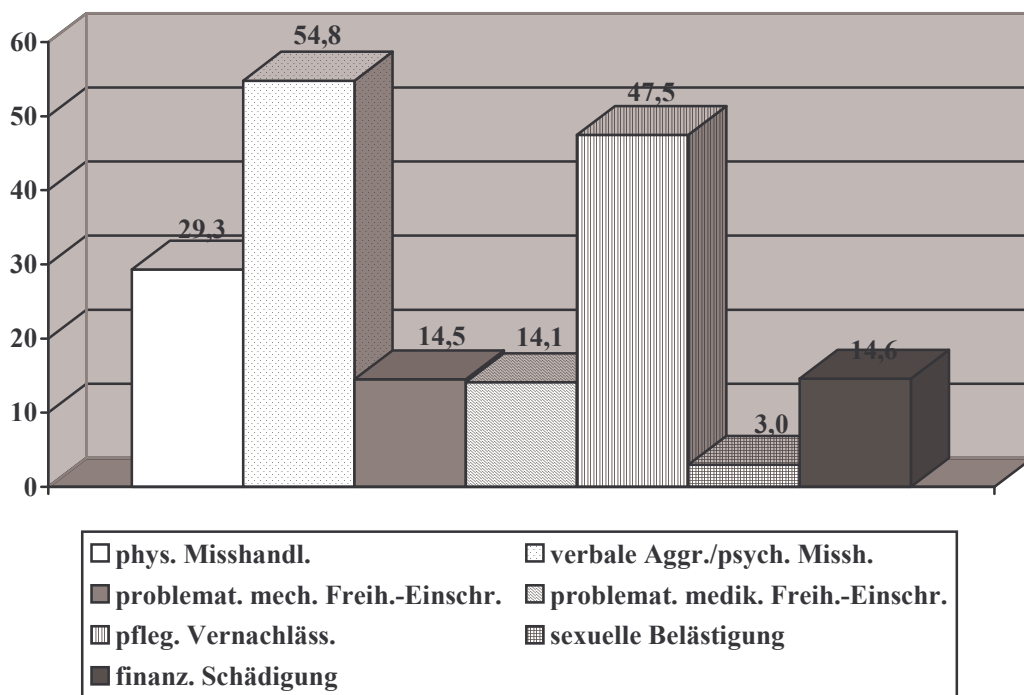
⁵⁶ Personen, die für die letzten 12 Monate mindestens eine problematische Verhaltensweise der genannten Art berichteten.

Misshandlung; etwa ebenso häufig berichten die Pflegekräfte von pflegerischer Vernachlässigung. Jede dritte Pflegekraft gibt an, physische Misshandlung mitbekommen zu haben.

Im Vergleich mit Abbildung 21 wird deutlich, dass die Prävalenzen für beobachtetes Verhalten in allen Bereichen höher liegen als die Prävalenzen für entsprechende Selbstberichte. Mit Ausnahme der unangemessenen mechanischen Freiheitseinschränkung sind die Differenzen in den Prävalenzraten zwischen Selbst- und Fremdbericht beträchtlich. So gab beispielsweise bei den Selbstberichten keine einzige Person sexuelle Belästigung an; bei den Zeugenberichten sind es immerhin 3%. In Bezug auf problematische Formen medikamentöser Freiheitseinschränkung liegt das Verhältnis der Selbstbericht- und zeugenschaftlichen Prävalenzen bei 1:3.7, bei physischer Misshandlung bei 1:3.5, für Formen der finanziellen Schädigung, die lediglich von einer Pflegekraft selbst eingeräumt wurden, gar in der Größenordnung von 1:70. Eine Betrachtung der die Kategorie "unangemessene mechanische Freiheitseinschränkung" konstituierenden Items zeigt zudem, dass Pflegekräfte auch dort, wo sie eigenes Handeln berichten, letztlich Angehörige der pflegebedürftigen Person als den Initiator beschreiben; die Prävalenzen für "auf Wunsch von Angehörigen einsperren" (6.6%) und "auf Wunsch von Angehörigen fixieren" (3.3%) liegen deutlich höher als für 'fixieren, um weniger Mühe zu haben' (0.5%).

Abb. 21: KFN-Pflegekräftebefragung 2005:

Als Zeuge berichtetes problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen
(12-Monats-Prävalenz in % der Befragten)



Die Pflegekräfte wurden auch danach gefragt, worauf sich ihre Beobachtung oder ihr Wissen um die Viktimisierung von ihnen mitbetreuter Pflegebedürftiger stützt. Tabelle 22 stellt die Ergebnisse dar. Es wird deutlich, dass die Erkenntnis- und Informationsquellen der Pflegekräfte in Bezug auf Viktimisierungen Pflegebedürftiger durch Dritte zwischen den Deliktsfeldern stark variieren. Der unmittelbaren Beobachtung kommt in allen Bereichen Bedeutung zu. Pflegerische Vernachlässigung wird vor allem aus der Beobachtung entsprechender Symptome erschlossen. Insbesondere bei psychischer Misshandlung, pflegerischer Vernachlässigung und finanzieller Schädigung spielen Berichte von Pflegebedürftigen eine Rolle.

Offenbar können Pflegekräfte für von Viktimisierungen bedrohte und betroffene Ältere wichtige Ansprechpartner sein.

Tab. 22: KFN-Pflegekräftebefragung 2005:

Als Zeuge berichtete Viktimisierungen von Pflegebedürftigen (12-Monats-Prävalenzen)
(435 ≤ n ≤ 436)

Viktimisierungsform	Prävalenz insg.		Informationsgrundlage							
			Direkte Beobachtung		Wahrnehmung von Anzeichen		Bericht PB		Bericht Dritter	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
physische Misshandlung	128	29.3	64	14.7	35	8.0	28	6.4	30	6.9
psych. Misshandlung / verbale Aggression	239	54.8	126	28.9	45	10.3	129	29.6	80	18.3
probl. mech. Freiheitseinschränkung	63	14.5	34	7.8	14	3.2	11	2.5	12	2.8
probl. medik. Freiheitseinschränkung	60	14.1	22	5.2	16	3.7	1	0.2	25	5.9
pfleg. Vernachlässigung	207	47.5	76	17.4	135	31.0	58	13.3	73	16.7
sexuelle Belästigung	13	3.0	1	0.2	5	1.2	2	0.5	5	1.2
finanzielle Schädigung	62	14.6	2	0.5	3	0.7	36	8.5	33	7.7

2.2.1.4.4. Prädiktoren bedeutsamen Problemverhaltens gegenüber Pflegebedürftigen: Multivariate Analysen

Welche Merkmale stehen mit selbstberichtetem Problemverhalten ambulanter Pflegekräfte gegenüber Pflegebedürftigen in Zusammenhang, welche eignen sich als Prädiktoren? Im Hinblick auf die Bildung einer die Gesamtheit der berichteten Verhaltensweisen sinnvoll integrierenden Variablen stellen sich mehrere Probleme. Eine simple Unterscheidung zwischen "Tätern" und "Nicht-Tätern" wäre nicht sachdienlich, da sie z.B. denjenigen, der angibt, einmal in den vergangenen 12 Monaten einen - möglicherweise irrationalen, selbstgefährdenden oder schlicht unerfüllbaren - Wunsch eines Pflegebedürftigen absichtlich ignoriert zu haben, demjenigen gleichstellt, der für diesen Zeitraum eine Vielzahl schwerwiegender Gewaltformen berichtet. Die Gesamtzahl der berichteten Ereignisse wäre als Maß des "Problemverhaltens" einer Person ebenfalls nicht geeignet. Zum einen ließe sie die unterschiedliche Schwere der erfragten Verhaltensmuster unberücksichtigt, zum anderen wäre die resultierende Variable extrem schief verteilt (rund 60% der Befragten würden den Wert Null aufweisen). Das letztgenannte Problem ließe sich auch über eine Schweregewichtung jeder einzelnen erfragten Verhaltensweise nicht lösen; zudem sind stark ausdifferenzierte Schweregewichtungen angesichts der Vielzahl konkreter Verhaltensweisen und Verhaltenskontexte, die sich hinter einer bejahenden Antwort auf ein einzelnes Item verbergen können, nicht unproblematisch.

Es wurde normativ eine dichotome Variable "bedeutsames Problemverhalten ambulanter Pflegekräfte gegenüber Pflegebedürftigen" gebildet. Dieses Merkmal wurde als gegeben angesehen, wenn eine der folgenden Bedingungen erfüllt war:

1. Die befragte Pflegekraft hatte eine Verhaltensweise berichtet, die als so gravierend und mit dem pflegerischen Berufsethos unvereinbar betrachtet werden kann, dass bereits das einmalige Vorkommen innerhalb der letzten 12 Monate als "bedeutsames Problemverhalten" gewertet werden muss. Es handelt sich dabei um körperliche und sexuelle Gewalt, um Eigentums- und Vermögensdelikte gegenüber Pflegebedürftigen, um arbeitsökonomisch motivierte Formen der Freiheitseinschränkung sowie um einige Formen psychischer Aggression, die auf rücksichtsloses bzw. auf Schädigung bedachtes Verhalten gegenüber dem Pflegebedürftigen schließen lassen.⁵⁷
2. "Bedeutsam" kann Problemverhalten auch dadurch werden, dass es - wiewohl im Einzelfall von minderer Schwere - wiederholt gezeigt wird. Hatte eine Pflegekraft angegeben, dass sie mindestens fünfmal in den vergangenen 12 Monaten einen Pflegebedürftigen beschimpft, angeschrien, grob angefasst, respektlos behandelt, ausgelacht, seine Mundpflege vernachlässigt, ihn nicht rechtzeitig gelagert, ihn absichtlich länger als nötig auf Hilfe warten lassen, ihn absichtlich nicht gewaschen, seine Wäsche trotz Inkontinenz nicht gewechselt, ihm nicht genug zu essen oder zu trinken gegeben oder seine Verletzung nicht sorgfältig genug versorgt hatte, wurde dies für eine Klassifikation als bedeutsames Problemverhalten als hinreichend angesehen. Natürlich bleibt die Unterscheidung zwischen Verhaltensweisen, die bereits bei einmaligem Auftreten zur Bejahung des Merkmals "bedeutsames Problemverhalten" klassifizieren und solchen, bei denen eine höhere Inzidenz verlangt wird, im Hinblick auf einzelne Verhaltensweisen zu einem gewissen Grad willkürlich, handelt es sich um normative Setzungen. Hinter einer bejahenden Antwort auf ein Item wie "einen Pflegebedürftigen nicht rechtzeitig lagern" können sich sehr unterschiedliche Fallgestaltungen verbergen. Insgesamt zeichnen sich die genannten Verhaltensmuster aber dadurch aus, dass sie im Vergleich zu denen der ersten Kategorie von geringerer Schwere sind, die Wahrscheinlichkeit einer stark situativ-reaktiven Genese hoch und die einer intentionalen Schädigung des Pflegebedürftigen eher gering ist.
3. Schließlich wird "bedeutsames Problemverhalten" auch dann angenommen, wenn eine Pflegekraft zwar keines der unter 2. genannten Verhaltensmuster mehr als viermal zeigt, dafür aber insofern eine gewisse "Breite" problematischen Verhaltens aufweist, als sie mindestens drei Verhaltensweisen für den Zeitraum der letzten 12 Monate je mindestens einmal berichtet.

Wird die dichotome Variable "bedeutsames Problemverhalten" in der beschriebenen Weise gebildet, entfallen 349 Befragte (81.9%) auf die Gruppe der "Nichttäter bzw. Täter weniger bedeutsamer Verhaltensweisen", 77 (18.1 %) auf die "Tätergruppe". Äquivalent wurden dichotome Variablen für die beiden am häufigsten genannten Viktimisierungskategorien "verbale Aggression/psychische Misshandlung" und "pflegerische Vernachlässigung" gebildet. Um Risikofaktoren von Misshandlung und Vernachlässigung unter gleichzeitiger Kontrolle anderer möglicher Einflussfaktoren (z.B. soziodemographische Merkmale, Merkmale und Verhalten der Pflegebedürftigen bzw. Pflegekräfte) ermitteln zu können, wurde das multivariate Verfahren der binären logistischen Regression eingesetzt. Dieses Verfahren ermöglicht Aussagen darüber, welche Faktoren die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von "bedeutsamen Problemverhalten" (bzw. "bedeutsamer psychischer Misshandlung", "bedeutsamer pflegerischer Vernachlässigung") in signifikantem Maße erhöhen bzw. verringern.

⁵⁷ Im Einzelnen geht es um folgende berichteten Verhaltensmuster: verprügeln; ohrfeigen; würgen; treten; mit Faust schlagen; absichtlich zu heiß oder zu kalt baden/duschen; schubsen oder stoßen; sexuell belästigen; ruhigstellende Medikamente geben, um weniger Mühe zu haben; fixieren, um weniger Mühe zu haben; Geld/Wertgegenstände unerlaubt wegnehmen; absichtlich falsche Rechnung ausstellen; absichtlich beleidigen; vor anderen lächerlich machen; mit Worten bedrohen; absichtlich ärgern; Schamgefühle absichtlich verletzen.

In das multivariate Modell wurden folgende Prädiktoren zur Erklärung der abhängigen Variablen aufgenommen:

- *Verhaltensweisen der von der jeweiligen Person betreuten Pflegebedürftigen*: die Prävalenz aggressiven KlientInnenverhaltens (verbale Übergriffe, physische Übergriffe und sexuelle Belästigung)
- *Merkmale der befragten Pflegekraft*: Geschlecht, Alter, subjektiv erlebte Belastung und Arbeitszufriedenheit, Rückgriff auf Alkoholkonsum und Medikamentenkonsum als Strategien zur Bewältigung arbeitsbezogener Belastungen
- *Tätigkeitsmerkmale*: die Anzahl der von der Person zum Befragungszeitpunkt regelmäßig versorgten Demenzkranken, die Zahl der wöchentlichen Arbeitsstunden sowie die Kombination der Merkmale "berufliche Qualifikation" und "regelmäßiges Ausüben behandlungspflegerischer Tätigkeiten"⁵⁸
- *Merkmal des institutionellen Settings*: die von den Befragten insgesamt wahrgenommene Qualität der durch den jeweiligen Pflegedienst erbrachten Pflegeleistungen.

Im Hinblick auf die von den Befragten wahrgenommene Qualität der Pflege des jeweiligen Pflegedienstes als Merkmal des institutionellen Settings ist darauf zu verweisen, dass es sich hier nicht um ein objektives Merkmal handelt, sondern um die subjektive Sichtweise der Befragten zu einem in sich bereits sehr komplexen Merkmal. Objektivere Merkmale wie die Trägerschaft eines Pflegedienstes oder die Anzahl der regelmäßig durch den Pflegedienst betreuten Pflegebedürftigen erwiesen sich bereits bei bivariaten Auswertungen als ungeeignete Prädiktoren für problematisches Verhalten der Pflegekräfte. Erfahrungsgemäß ist es zudem schwierig, von MitarbeiterInnen verlässliche Angaben über „objektive Merkmale“ der genannten Art zu erhalten.

In Tabelle 23 sind die Ergebnisse der logistischen Regression für alle drei abhängigen Variablen abgebildet. Für jeden Prädiktor werden die unstandardisierten Effektkoeffizienten dargestellt. Diese geben – vereinfacht gesprochen – an, ob sich die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von „bedeutsamen Problemverhalten“ durch Erhöhung des Prädiktors um eine Einheit (bzw. im Vergleich zur Referenzkategorie) verringert oder erhöht. Werte über 1 bedeuten einen Anstieg der Wahrscheinlichkeit, Werte unter 1 eine Verringerung.⁵⁹ Bei kategorialen Variablen werden diese Koeffizienten immer im Vergleich zur Referenzkategorie interpretiert. Die Referenzkategorie wird hinter den entsprechenden Variablen ausgewiesen.

⁵⁸ Die Aufnahme dieses Tätigkeitsmerkmals in die multivariaten Analysen geht auf die Hypothese zurück, dass nicht-examinierte Pflegekräfte, die regelmäßig Behandlungspflege (und damit Tätigkeiten oberhalb ihrer formalen Qualifikation) ausführen, unter Umständen einem höheren Risiko unterliegen, Pflegebedürftige zu misshandeln oder zu vernachlässigen.

⁵⁹ Hierzu ein Beispiel: Der Effektkoeffizient der Prävalenz verbaler Übergriffe für „bedeutsames Problemverhalten“ beträgt 10.36. Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Problemverhalten um etwa das Zehnfache ansteigt, wenn eine Person verbale Übergriffe von Seiten des Pflegebedürftigen erlebt hat.

Tab. 23: KFN-Pflegekräftebefragung 2005:
Einflussfaktoren auf 12-Monats-Prävalenz bedeutsamen Problemverhaltens
ambulanter Pflegekräften gegenüber Pflegebedürftigen

	bedeuts. Problem- verhalten insgesamt	verb. Aggression / psych. Misshandl.	pfleg. Vernach- lässigung
Konstante [b (SE)]	-1.52 (1.78)	-0.14 (1.84)	-1.13 (2.57)
Merkmale/Verhalten des Pflegebedürftigen			
Prävalenz (Ref. nicht vorgekommen)			
verbaler Übergriffe	10.36***	-.60	6.95 ⁺
physischer Übergriffe	3.43**	3.34**	1.61
sexueller Übergriffe	2.85*	3.98**	1.67
Merkmale/Verhalten der Pflegekraft			
Geschlecht (Ref. weiblich)	1.42	2.45	1.90
Alter	1.04*	1.01	1.04
subjektiv erlebte Belastung ⁶¹	1.09	1.10	1.37
Arbeitszufriedenheit ⁶²	0.90	0.53	1.83
Copingstrategie Alkoholkonsum ⁶³	1.84*	1.29	2.18*
Copingstrategie Medikamentenkonsum	1.04	1.23	0.22 ⁺
Tätigkeitsmerkmale			
Anzahl regelmäßig versorgter Demenzkranke	1.06*	1.02	1.08*
Arbeitsstunden pro Woche	0.97	0.95*	0.99
Berufliche Qualifikation und Behandlungspflege: nicht examiniert und Behandlungspflege	Referenz		
nicht examiniert und keine Behandlungspflege	0.28 ⁺	0.13 ⁺	0.18
examiniert, Behandlungspflege (ja oder nein)	1.14	1.55	1.96
Merkmal des institutionellen Settings			
von Befragten wahrgenommene Pflegequalität des jeweiligen Pflegedienstes ⁶⁴	0.33**	0.81	0.13***
N ⁶⁵	255	255	255
Freiheitsgrade	14	13	14
Pseudo-R ² (Nagelkerke)	.478	.331	.438

Signifikanzniveaus: *** p≤.001 ** p≤.01 * p≤.05 ⁺ p≤.10⁶⁶

Logistische Regression: unstandardisierte Effektkoeffizienten

b – Regressionskoeffizient, SE – Standardfehler

⁶⁰ Die Prävalenz verbaler Übergriffe wurde in diesem Modell nicht berücksichtigt, da trotz Höchstzahl an Iterationen keine Endlösung für den Koeffizienten gefunden wurde. Ursache dafür ist eine unbesetzte Zelle bei Kreuztabellierung dieser Variablen mit bedeutsamer psychischer Misshandlung; sämtliche Personen, die keine verbalen Aggressionen seitens Pflegebedürftiger berichten, geben zugleich im Hinblick auf ihr eigenes Verhalten keine bedeutsame psychische Misshandlung Pflegebedürftiger an.

⁶¹ Zur Messung dieser Variable wurde die Subskala „Emotionale Erschöpfung“ der deutschen Version (BÜSSING & PERRAR, 1992) des Maslach-Burnout Inventory (MBI-D) eingesetzt (Cronbachs α =.87).

⁶² Zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit wurde ein Index aus folgenden mit Hilfe einer 5-stufigen (-2 „sehr schlecht“ bis 2 „sehr gut“) Skala erfassten Items gebildet: „Wie gut oder schlecht ist Ihre Bezahlung?“, „Wie gut oder schlecht ist aus Ihrer Sicht in Ihrem Pflegedienst das Arbeitsklima?“, „Wie gut oder schlecht sind insgesamt Ihre Arbeitsbedingungen?“, „Wie gut oder schlecht machen Ihre nächsten Vorgesetzten Ihre Arbeit?“, „Wie gut oder schlecht ist aus Ihrer Sicht die Organisation der Arbeit?“. Cronbachs α beträgt .78 und ist angesichts der Kürze der Skala als ausreichend zu bezeichnen.

⁶³ Diese Variable wurde gemessen mit Hilfe der Frage „Um mit beruflichen Belastungen besser fertig zu werden,...trinke ich Alkohol/nehme ich Medikamente“. Die Befragten sollten dies auf einer 5- stufigen Skala von 0 „so gehe ich nie mit Belastungen um“ bis 4 „so gehe ich sehr oft mit Belastungen um“ bewerten.

⁶⁴ Zur Messung der wahrgenommenen Pflegequalität des Pflegedienstes waren von den Befragten folgende Items zu bewerten (5-stufige Skala, -2 „sehr schlecht“ bis 2 „sehr gut“): „Wie gut oder schlecht ist aus Ihrer Sicht in Ihrem Pflegedienst die Dekubitusvorbeugung/die Aktivierung des Pflegebedürftigen/die Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Pflegebedürftigen/die Qualität des Umgangs Ihres ambulanten Dienstes mit Pflegebedürftigen?“ bzw. „Wie gut oder schlecht wird in Ihrem Pflegedienst der Pflegebedarf eines Pflegebedürftigen festgestellt/die Wirksamkeit der Pflege überprüft?“. Die Reliabilität der Skala ist mit .86 als gut zu bewerten.

⁶⁵ Die Fallzahl reduziert sich im multivariaten Modell erheblich, da folgende Kriterien gemeinsam vorliegen müssen: (1) Person arbeitete in den letzten 12 Monaten durchgängig in der Pflege, (2) Person führt nicht ausschließlich administrative Tätigkeiten aus, (3) Person besitzt 8 gültige Werte auf der Skala „Emotionale Erschöpfung“, 5 gültige Werte auf der Skala „Arbeitszufriedenheit“ und 6 gültige Werte auf der Skala „Pflegequalität des Pflegedienstes“. Schließlich reduziert sich der Stichprobenumfang um Personen, die bei einzelnen Variablen fehlende Angaben aufweisen.

⁶⁶ Zur Zulässigkeit des 10-Prozent-Signifikanzniveaus bei empirischen Untersuchungen auf kaum erforschten Gebieten siehe BORTZ (2005, S. 123).

Betrachtet man zunächst die Ergebnisse des ersten Modells für "bedeutsames Problemverhalten", so wird deutlich, dass die Prävalenz aller Arten von Übergriffen seitens des Pflegebedürftigen signifikant die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der Kriteriumsvariablen erhöht. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass die Zusammenhänge von Opferwerdung und eigener Täterschaft teilweise nicht nur faktischer, sondern auch "befragungspsychologischer" Natur sein können. Jemand, der von Pflegebedürftigen viktimisiert wurde, wird vermutlich eher bereit sein, eigenes Fehlverhalten zuzugeben als jemand, der diesbezüglich nichts zu berichten hat. Eigenes Fehlverhalten wird dadurch zwar nicht gerechtfertigt, für den Adressaten des Berichts aber nachvollziehbarer und partiell entschuldigt. Zudem lässt sich die Ursache-Wirkungs-Beziehung von eigener Opferwerdung und eigener Täterschaft auf der Basis derartiger querschnittlicher Befunde nicht eindeutig bestimmen. So kann aggressives Verhalten des Pflegebedürftigen entsprechende Reaktionen beim Pflegenden hervorrufen; eine umgekehrte Wirkrichtung bzw. eine wechselseitige Eskalation sind jedoch ebenfalls denkbar.

Mit zunehmendem Einsatz dysfunktionaler Bewältigungsstrategien wie Alkoholkonsum geht eine Erhöhung der Wahrscheinlichkeit von Fehlverhaltensweisen einher. Beachtet werden sollte wie bei den Übergriffen von Seiten des Pflegebedürftigen, dass Offenheit und Sensibilität sowohl die Angabe von Alkoholkonsum als auch von selbstberichtetem Fehlverhalten beeinflussen können. Der gemessene Effekt dieser Copingstrategie auf Misshandlung und Vernachlässigung kann demzufolge zumindest partiell in einem ähnlichen Ausmaß an self-disclosure gegenüber beiden heiklen Fragen begründet sein. Mit zunehmender Anzahl der regelmäßig von einer Pflegekraft versorgten Demenzkranken steigt ebenfalls das Risiko, problematische Verhaltensweisen gegenüber dem Pflegebedürftigen zu zeigen. Zudem zeigt sich ein im Ausmaß schwacher Effekt des Alters in dem Sinne, dass das Risiko bedeutsamen Problemverhaltens mit dem Alter der befragten Person wächst.

Interessant ist der Effekt, der sich für die Kombination aus beruflicher Qualifikation und Behandlungspflege ergibt. Die Wahrscheinlichkeit bedeutsamen Problemverhaltens ist für nicht-examinierte Pflegekräfte, die keine Behandlungspflege (und damit keine Tätigkeiten oberhalb ihrer formalen Qualifikation) ausführen, signifikant geringer als für nicht-examinierte Pflegepersonen, die solche Tätigkeiten regelmäßig ausüben (Referenzkategorie). Dass ausbildungsinadäquate Arbeitsanforderungen ein Risikofaktor für Misshandlung und Vernachlässigung sein können, wurde bereits in Studien zur stationären Pflege herausgearbeitet (vgl. PAYNE & CIKOVIC, 1995). Hingegen zeigt sich im Vergleich der examinierten Kräfte mit der Gruppe derjenigen, die auch ohne Examen regelmäßig pflegerische Tätigkeiten ausüben, kein signifikanter Effekt auf das Risiko bedeutsamen Problemverhaltens. Tendenziell deuten die Effektkoeffizienten sogar auf ein bei Examinerten im Vergleich zur Referenzgruppe höheres Risiko hin. Die Vermutung liegt nahe, dass in dieser Tendenz ein höheres Maß an Problemsensibilität, möglicherweise auch an Offenheit auf Seiten der examinierten Kräfte zum Ausdruck kommt. Viele der hier gestellten verhaltensbezogenen Fragen erfordern vom Befragten Definitions- und Subsumtionsprozesse, die individuell durchaus unterschiedlich ausfallen können (Was heißt es, die Wünsche eines Pflegebedürftigen absichtlich zu ignorieren, seine Mundpflege zu vernachlässigen, ihn zu beschimpfen, anzuschreien, grob anzufassen oder nicht rechtzeitig zu lagern?) und bei denen ein Zusammenhang mit der beruflichen Qualifikation einer Person, mit dem Niveau ihrer Ausbildung vermutet werden kann.

Ein signifikanter Einfluss lässt sich außerdem für die von den befragten Personen eingeschätzte Pflegequalität des jeweiligen Pflegedienstes feststellen. Je positiver Befragte die Pflegequalität des Unternehmens, bei dem sie beschäftigt sind, insgesamt bewerten, desto weniger wahrscheinlich ist das Berichten eigener problematischer Verhaltensweisen. Dieser Faktor wird vermutlich weniger in kausalem Zusammenhang mit Fehlverhalten der Pflegekraft stehen. Die von den Befragten eingeschätzte Pflegequalität des eigenen Pflegedienstes kann ein Indiz für eine insgesamt durch Mängel gekennzeichnete Pflege im Pflegedienst sein, die sich auch im eigenen (Fehl-)Verhalten der befragten Pflegekraft widerspiegelt. Gleich-

zeitig ist die Einschätzung der Pflegequalität – als insgesamt höchst subjektives Maß – wahrscheinlich auch maßgeblich durch die Wahrnehmung eigenen Verhaltens (oder Rückmeldungen darüber) beeinflusst.

Auch das Risiko „bedeutsamer verbaler Aggression/psychischer Misshandlung“ wird durch physische und sexuelle Übergriffe von Seiten des Pflegebedürftigen erhöht (Tabelle 23). In unerwarteter Richtung ergibt sich zudem ein (wenngleich schwacher) Effekt für die Zahl der Arbeitsstunden pro Woche. Je mehr Stunden eine Pflegekraft pro Woche arbeitet, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit entsprechender Fehlverhaltensweisen. Schließlich unterliegt die Gruppe der nicht-examinierten Pflegekräfte, die keine Behandlungspflege ausüben, im Vergleich zur Referenzgruppe erneut einem geringeren Risiko, einen Pflegebedürftigen in bedeutsamer Weise psychisch zu misshandeln oder ihm gegenüber verbal aggressiv zu werden. Nur wenige der Variablen des ersten Modells erweisen sich auch in Bezug auf „bedeutsame verbale Aggression / psychische Misshandlung“ als signifikant. Worin kann diese differentielle Bedeutsamkeit der Prädiktoren begründet sein? Zunächst muss berücksichtigt werden, dass bedeutsames Problemverhalten inhaltlich ein größeres Spektrum an Verhaltensweisen umfasst als bedeutsame psychische Misshandlung. Einflussfaktoren können daher bei dem umfassenderen Konstrukt eine Rolle spielen, müssen allerdings nicht zwingend auch für einzelne Bestandteile des Konstrukts relevant sein. Weiterhin wird in der Gruppe derer, die mit dem Etikett „Täter bedeutsamer psychischer Misshandlung“ belegt werden, eine Vielzahl sehr heterogener Personen eingeschlossen. Es werden mutmaßlich nicht nur Personen als „Täter“ klassifiziert, die verbal aggressiv werden, weil sie besonders anspruchsvolle Demenzzpflege zu bewältigen haben oder Alkohol trinken, um Belastungen zu verarbeiten. Vielmehr werden verschiedene Formen verbaler Aggression im Alltag nahezu jeder Person gelegentlich eine Rolle spielen. Die Erklärung derartiger Verhaltensweisen wird deshalb vermutlich nur schwer mit der beschränkten Anzahl an Faktoren im zweiten Modell gelingen. Zudem sind gerade im Bereich psychischer Misshandlung / verbaler Aggression die individuellen Definitionsspielräume und die mutmaßlichen Effekte differentieller Problemsensibilität besonders groß. Es wird demzufolge mehr Auffassungsunterschiede bezüglich der Frage geben, was anschreien, Schamgefühle verletzen oder respektlos behandeln ist als dies bei anderen Verhaltensweisen wie z.B. treten, würgen, verprügeln der Fall ist. Bei pflegerischer Vernachlässigung gelten gewisse Standards, so dass auch für diesen Bereich ein relativ hohes Maß an Übereinstimmung zwischen den Pflegekräften bestehen wird. Wenn die psychische Misshandlung/verbale Aggression aber solchen intraindividuell unterschiedlichen Definitionen unterliegt, liegt es nahe, dass sie besonders schwer vorhersagbar ist. Dementsprechend fällt Nagelkerkes R^2 als Maß für die durch das Modell erklärte Varianz mit .33 deutlich geringer aus als für die abhängige Variable "bedeutsames Problemverhalten" ($R^2 = .48$).

Die Zugehörigkeit zur Gruppe der „Täter bedeutsamer pflegerischer Vernachlässigung“ lässt sich im Hinblick auf Verhaltensweisen der Pflegebedürftigen nur durch verbale, nicht aber physische bzw. sexuelle Übergriffe vorhersagen. Dass das Erleben verschiedener Übergriffe nicht mit Vernachlässigung gekoppelt sein muss, wurde bereits von COONEY & MORTIMER (1995) in der familialen Pflege festgestellt. Es erscheint zudem plausibel, dass körperlich aggressives bzw. sexuell belästigendes Verhalten des Pflegebedürftigen im Sinne der Feedbackschleife eher in verbale, möglicherweise auch physische Aggressionen, nicht jedoch zwingend in Formen pflegerischer Vernachlässigung mündet. Weitere Faktoren, die das Risiko bedeutsamer pflegerischer Vernachlässigung in der jeweils erwarteten Richtung signifikant beeinflussen, sind die Copingstrategie Alkoholkonsum, die Anzahl der regelmäßig von der befragten Person versorgten Demenzkranken und die Einschätzung der Pflegequalität auf Pflegedienstebene. Der Effekt der von den Befragten wahrgenommenen Pflegequalität erscheint in Bezug auf pflegerische Vernachlässigung sehr plausibel. Die unabhängige Variable impliziert in hohem Maße den Begriff pflegerischer Vernachlässigung; wer sagt, die Qualität der Pflege im Pflegedienst sei gut, wird vermutlich auch sagen, dass dort Pflegebedürftige nicht vernachlässigt werden. Eine zumindest unerwartete Tendenz deutet sich für die Copingstrategie Medikamentenkonsum an; je mehr eine Pflegekraft diese – insgesamt wenig verbreitete – Strategie für den Umgang mit Belastungen einsetzt, umso geringer ist die Wahrscheinlichkeit des Auftretens bedeutsamer pflegerischer Vernachlässigung.

Abschließend lassen sich aus den Gütemaßen der Modelle Schlussfolgerungen ziehen, wie gut die unabhängigen Variablen in ihrer Gesamtheit zur Trennung von „Tätern“ und „Nicht-Tätern“ der jeweiligen Verhaltensweisen geeignet sind. Mit Hilfe der Pseudo-R²-Werte (nach Nagelkerke), die den Anteil der Varianzaufklärung der abhängigen Variablen durch die unabhängigen Variablen angeben, lässt sich die Güte der Modelle bewerten. Werte ab 20 % sind nach BACKHAUS et al. (2003, S. 448) akzeptabel, ab 40 % gut, ab 50 % sehr gut. Die Varianzaufklärung beträgt im ersten Modell ca. 48 %, im zweiten ca. 33 %, im letzten 44 %. Vor allem das erste und dritte Modell besitzen somit gute, nahezu sehr gute Werte; fast die Hälfte der Varianz der abhängigen Variablen kann durch die verwendeten Prädiktoren erklärt werden.

2.2.1.4.5. Misshandlungs- und Vernachlässigungsprävention in der häuslichen Altenpflege: Subjektive Theorien ambulanter Pflegekräfte

Auf Grund des hohen Maßes an professioneller Erfahrung der Pflegekräfte wurden im Fragebogen auch Einschätzungen zum gewaltpräventiven Potenzial verschiedener im Instrument vorgegebener Maßnahmen erfasst. Die von den befragten Pflegekräften vorgebrachten Einschätzungen stellen selbstverständlich nicht positives Wissen über die Effekte denkbarer Maßnahmen dar; vielmehr handelt es sich um vor dem Hintergrund beruflicher Erfahrung formulierte Hypothesen. Die eigene (individuelle wie gruppenbezogene) berufliche Identität schützende Einflüsse auf die Ratings sind dabei nicht auszuschließen.⁶⁷

Tabelle 24 stellt die sich aus den Angaben der Pflegekräfte ergebende Rangfolge der Bedeutsamkeit verschiedener Maßnahmen zur Gewaltprävention dar.

⁶⁷ Zu selbstwertdienlichen Attributionen und entsprechenden Urteilsvoreingenommenheiten vgl. u.a. SCHLENKER, WEIGOLD & HALLAM (1990), SEDIKIDES, CAMPBELL, REEDER & ELLIOT(1998).

Tab. 24: KFN-Pflegekräftebefragung 2005:**Vorstellungen über geeignete Maßnahmen zur Misshandlungs-
und Vernachlässigungsprävention in der häuslichen Altenpflege**

(465 ≤ n ≤ 483)

(1 = "überhaupt kein Rückgang" von Misshandlung / Vernachlässigung durch jeweilige Maßnahme, 5 = "sehr starker Rückgang")

Maßnahme	M	SD	% ≥ 3⁶⁸
Demenzkranke in SGB XI stärker berücksichtigen	4.36	0.94	95.2
großzügigere Zeitvorgaben SGB XI	4.25	0.98	93.4
Angehörige besser auf Pflege vorbereiten	4.21	0.98	93.2
mehr Zeit für Gespräche mit Pflegebedürftigen einplanen	4.14	1.02	92.1
mehr Beratung für pflegende Angehörige	4.11	1.03	91.1
Angehörige besser schulen	4.03	1.07	90.5
Zusammenarbeit Pflegedienst-Angehörige verbessern	3.97	1.06	90.1
Personalaufstockung Pflegedienst	3.93	1.15	88.1
mehr Supervision für Pflegekräfte	3.88	1.16	86.8
mehr Fortbildung für Pflegekräfte	3.77	1.10	86.8
gründlichere Ausbildung der Pflegekräfte	3.76	1.16	85.1
optimiertes Beschwerdemanagement	3.66	1.14	82.9
Kommunikation zwischen Mitarbeitern fördern	3.63	1.15	82.7
bessere Einarbeitung neuer Mitarbeiter	3.59	1.21	80.2
Pflegekräfte gründlicher auswählen	3.55	1.21	80.8
Touren- und Einsatzpläne verbessern	3.51	1.23	80.0
besser qualifizierte Führungskräfte einstellen	3.48	1.33	76.9
mehr Qualitätskontrollen durch Pflegedienstleitung	3.34	1.22	75.6
Qualität des PD intern mehr sichern	3.31	1.21	76.5
Erhöhung des Pflegefachkräfteanteils	3.27	1.33	71.5
stärkerer Einbezug von Klienten in Qualitätsprüfung	3.24	1.20	74.7
bessere Pflegeplanung	3.18	1.30	68.6
Pflegedokumentation häufiger überprüfen	3.16	1.33	67.0
Hilfskräfte nur unter Anleitung von PK einsetzen	3.11	1.34	66.8
Pflegedienste durch geeignete Instanz überwachen	2.93	1.33	61.0
bessere Ausstattung mit Geräten, Hilfsmitteln	2.72	1.28	56.1

⁶⁸ Anteil der Befragten mit Skalenwerten zwischen 3 und 5.

Die (bis auf die letzten beiden Maßnahmen) durchgängig über der Skalenmitte von 3 liegenden Durchschnittswerte der Befragten verdeutlichen, dass allen vorgegebenen Handlungsansätzen ein gewisses misshandlungs- und vernachlässigungspräventives Potenzial zugeschrieben wird. Zugleich zeigen sich große Unterschiede zwischen den Items. Gewaltpräventive Effekte werden offenbar primär in drei Feldern für möglich gehalten:

- einer Verbesserung der Rahmenbedingungen ambulanter Altenpflege, vor allem im Hinblick auf die für eine misshandlungs- und vernachlässigungsfreie Pflege erforderlichen Zeitbudgets und die speziellen Anforderungen an die Pflege Demenzkranker
- einer Optimierung der pflegerischen Ressourcen auf Seiten der Familienangehörigen der Pflegebedürftigen
- einer verbesserten personellen Ausstattung des jeweiligen Pflegedienstes (in quantitativer wie qualitativer Hinsicht, d.h. es geht nicht nur um mehr, sondern auch um besser ausgebildetes, fortgebildetes und supervidiertes Personal).

Weniger große Potenziale sehen Pflegekräfte in kontrollorientierten Strategien. Im (eher technischen) Bereich der Ausstattung mit Geräten und Hilfsmitteln werden die geringsten Möglichkeiten zur Reduktion von Misshandlung bzw. Vernachlässigung wahrgenommen.

2.2.1.5. Zusammenfassung und Ausblick

Im Frühjahr 2005 wurde in Hannover eine Befragung bei nahezu allen in der Stadt tätigen ambulanten Pflegediensten durchgeführt. Die Beteiligung sowohl auf der Ebene der Dienste als auch der MitarbeiterInnen war erfreulich hoch; die Teilnahmequote der Pflegekräfte lag bei rund 43%.

In methodischer wie inhaltlicher Hinsicht können folgende zentralen Punkte festgehalten werden:

- Es erscheint bemerkenswert, dass es gelungen ist, die weitaus überwiegende Mehrzahl der ambulanten Pflegedienste einer großstädtischen Region für die Teilnahme an einer Befragung zu einer durchaus "sensiblen" Thematik zu gewinnen.
- Innerhalb der erreichten Pflegedienste kann die Beteiligung auf Seiten der MitarbeiterInnen gerade wiederum angesichts der Thematik, des Befragungsumfangs und der (nur in Form eines Lotterie-Loses vorhandenen) minimalen materiellen Vergütung als in hohem Maße zufriedenstellend beurteilt werden.
- Im Ergebnis konnte eine beträchtliche Prävalenz selbstberichteten problematischen Verhaltens gegenüber Pflegebedürftigen festgestellt werden; rund 40% der Befragten berichteten für den Zeitraum der letzten 12 Monate mindestens ein einschlägiges Vorkommnis. Die berichteten Verhaltensweisen liegen allerdings primär im unteren Schwerebereich und konzentrieren sich auf die Bereiche der Vernachlässigung, der verbalen Aggression / psychischen Misshandlung sowie problematischer Formen der Freiheitseinschränkung (letztere offenbar primär auf Wunsch von Angehörigen und weniger aus eigener Initiative). Soweit physische Gewalt berichtet wird, handelt es sich überwiegend um Fälle des "groben Anfassens" Pflegebedürftiger durch Pflegende.
- Als Risikofaktoren für "bedeutsames Problemverhalten" Pflegender gegenüber Pflegebedürftigen erwiesen sich insbesondere: verbale und psychische Übergriffe bzw. sexuelle Belästigungen von Seiten Pflegebedürftiger; eine große Zahl regelmäßig betreuter demenzkranker KlientInnen; regelmäßige Behandlungspflege durch nicht examinierte Kräfte; Alkoholkonsum als Strategie der Belastungsbewältigung und eine negative Bewertung der Pflegequalität des jeweiligen Pflegedienstes insgesamt.
- Aus der Informantenperspektive der Befragten dominieren ähnlich wie bei den Selbstberichten Formen verbaler Aggression / psychischer Misshandlung und pflegerischer Vernachlässigung. Pflegekräfte sind bei allen Viktimisierungsformen Pflegebedürftiger häufiger „Zeuge“ als „Täter“. Die Befunde unterstreichen die Bedeutung von Pflegekräften als Informanten bzw. Zeugen von Misshandlung und Vernachlässigung Pflegebedürftiger.

Die hier dargestellte Pflegekräftebefragung bietet erste empirische Befunde zu einem Bereich, der als kriminologisches und soziales Problem erst ganz langsam (hier ist insbesondere die Arbeit von PAYNE, 2003, zu nennen; vgl. auch einen bei MYERS & JACOBO, 2005, dargestellten Fall) ins Bewusstsein zu dringen beginnt – der Möglichkeit, dass Pflegebedürftige, die im häuslichen Umfeld gepflegt werden, Opfer von Misshandlung, Vernachlässigung oder anderen in hohem Maße problematischen Verhaltensweisen durch ambulante Pflegekräfte werden. Die herausgearbeiteten Risikofaktoren und die Befunde zu Vorstellungen von Pflegekräften über gewaltpräventiv wirksame Maßnahmen liefern Anhaltspunkte für Präventions- und Interventionsansätze in diesem in jeder Hinsicht schwer zugänglichen Deliktsfeld.

2.2.2. Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings

2.2.2.1. Untersuchungsziele und methodischer Zugang

Im Hinblick auf eine Analyse von Viktimisierungsrisiken in familialen Pflegebeziehungen erschien es in mehrfacher Hinsicht erforderlich und sinnvoll, über die Erhebung primär quantitativer Befragungsdaten hinauszugehen. Als zentrale Gründe seien genannt:

- Eine standardisierte Opferwerdungsbefragung bei Pflegebedürftigen stieße an sehr enge Grenzen. Zwar erreichen auch leitfadenorientierte Gespräche, wie sie im Rahmen der aktuellen Studie durchgeführt wurden, nur Segmente der Population der Pflegebedürftigen⁶⁹, doch sind die Möglichkeiten, die konkrete Ausgestaltung eines Interviews an den kognitiven Horizont des Befragten, seine Ausdrucksfähigkeiten, seine Belastbarkeit etc. anzupassen, wesentlich größer als bei Fragebogenerhebungen, Telefoninterviews oder vollstandardisierten face-to-face-Befragungen.
- Konkrete Pflegebeziehungen existieren unter weitgehend identischen rechtlichen Rahmenbedingungen, weisen darüber hinaus aber ein so hohes Maß idiosynkratischer Merkmale und Merkmalskombinationen auf, dass diese kaum in ihrer Fülle mittels standardisierter Instrumente erfasst werden können. Hier bieten Interviews mit ihrer offeneren Struktur bessere Möglichkeiten.
- Viele Handlungen, die als mögliche Erscheinungsformen von "Misshandlung" und "Vernachlässigung" im Mittelpunkt der Studie stehen, lassen sich erst bei detaillierter Exploration des jeweiligen Kontextes danach beurteilen, inwieweit sie über phänotypische Ähnlichkeiten mit "Misshandlung" oder "Vernachlässigung" hinaus unter diese Kategorien zu subsumieren sind.⁷⁰ In Interviews lassen sich Tatumstände, Tatmotive, Rechtfertigungs- und Entschuldigungsgründe detailliert explorieren; dies ist in einem Bereich, in dem keinesfalls grundsätzlich von "Gewaltbereitschaft" oder "krimineller Motivation" der Befragten ausgegangen werden kann, von größter Bedeutung.

Eine Grundposition der vorliegenden Studie ist die der – im Rahmen des Machbaren – anzustrebenden *Multiperspektivität*, d.h. der Einbeziehung mehrerer Sichtweisen auf ein konkretes Pflegearrangement. Die Befragung zielte – wo immer dies möglich war – darauf ab, Dyaden von Pflegebedürftigen und privaten wie professionellen Hauptpflegepersonen zu befragen, um so Sichtweisen und Erfahrungen der Pflegebedürftigen direkt einzubeziehen und Einschätzungen und Berichte der an einer Pflegebeziehung beteiligten Personen zu vergleichen und aufeinander beziehen zu können.

Ein vergleichbarer Ansatz (allerdings nicht beschränkt auf Pflegebeziehungen) wurde u.a. in der multinationalen Studie OASIS (Old Age and Autonomy: The Role of Service Systems and Intergenerational Family Solidarity) praktiziert⁷¹. Ansätze zur Befragung von Pflegedyaden im engeren Sinne finden sich u.a. in den Studien von BOEJE, DUINSTEE & GRYPDONCK (2003), COELING, BIORDE & THEIS (2003), DONORFIO & SHEEHAN (2001), FEINBERG & WHITLATCH (2001), FORBAT (2003), HORTON & ARBER (2004), KRUSE (1995), RAVEIS, KARUS & SIEGEL (1998), LYONS, ZARIT, SAYER & WHITLATCH (2002), RANKIN (1990), SCOTT (1993), ZINTL-WIEGAND (1995) und ZWEIBEL & LYDENS (1990).

⁶⁹ Ausgeklammert bleiben insbesondere Demenzkranke, aber auch in anderer Weise in ihren Verstehens- und verbal-sprachlichen Ausdrucksfähigkeiten stark eingeschränkte Personen.

⁷⁰ Hinter der Angabe, den pflegebedürftigen Angehörigen "grob angefasst" oder "angeschrien" zu haben, können sich extrem unterschiedliche konkrete Fallgestaltungen verbergen, die etwa bei "grob anfassen" von aggressiven Übergriffen bis hin zu dem Versuch reichen, unter Einsatz von Körperkraft einen Demenzkranken von einer ihn oder andere in höchstem Maße gefährdenden Handlung abzuhalten.

⁷¹ Zur OASIS-Studie vgl. u.a. DAATLAND & HERLOFSON (2003), LOWENSTEIN & DAATLAND (2006), LOWENSTEIN & OGG (2003), V.KONDRATOWITZ, TESCH-RÖMER & MOTEL-KLINGEBIEL (2002), MOTEL-KLINGEBIEL, V. KONDRATOWITZ & TESCH-RÖMER (2002), MOTEL-KLINGEBIEL, TESCH-RÖMER & V. KONDRATOWITZ (2003; 2005), TESCH-RÖMER (2001), TESCH-RÖMER, MOTEL-KLINGEBIEL & V.KONDRATOWITZ (2001), TESCH-RÖMER, V.KONDRATOWITZ, MOTEL-KLINGEBIEL & SPANGLER (2001).

Die Interviews wurden als leitfadenorientierte Gespräche konzipiert und so angelegt, dass narrative Episoden mit Struktur und Verlauf der Interviews vereinbar blieben; zugleich haben sie einen deutlich höheren Strukturierungsgrad als 'klassische' narrative Interviews (GLINKA, 1998; SCHÜTZE, 1983). Als methodischer Orientierungspunkt diente Witzels Konzept des problemzentrierten Interviews (vgl. WITZEL, 1982; 1989; 1996; 2000).

Die Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings verfolgt folgende wesentlichen Untersuchungsziele:

- die subjektive Realität häuslicher Pflegebeziehungen beschreiben – multiperspektivisch und mit Schwerpunkten auf Belastungen, Konfliktpotenzialen und manifesten Konflikten, Aggressionen, Gewalt, Misshandlung und Vernachlässigung (bzw. deren Abwesenheit)
- häusliche Pflegebeziehungen im Hinblick auf die genannten Merkmale und deren Bedingungsfaktoren miteinander vergleichen; Gruppen nach innen möglichst homogener und gegenüber anderen Gruppen deutlich abgegrenzter Fälle beschreiben und in ihren inneren Zusammenhängen analysieren
- anhand des empirischen Materials Hypothesen und Konzepte zur Entstehung und Vermeidung von Gewalttrisiken in der familiären Pflege entwickeln⁷²; diese sollen Grundlage für weitere (auch quantitative) Studien sein sowie für – möglichst wiederum wissenschaftlich zu begleitende – gewaltpräventive Praxisprojekte.

An das Forschungsmaterial werden unter anderem die folgenden Fragestellungen herangetragen:

1. Über welche Formen von Misshandlung oder Vernachlässigung Pflegebedürftiger in häuslichen Settings wird in den Interviews berichtet?
2. Welches sind die Settings, in denen sich Misshandlung/ Vernachlässigung ereignen? Welche Pflegebedürftigen sind in besonderem Maße von Misshandlung/ Vernachlässigung betroffen? Welche nicht? Welche Pflegenden berichten in besonderem Maße über „Gewaltvorkommnisse“ (als Akteure wie als Betroffene)? Welche nicht?
3. Welches sind die kritischen strukturellen Merkmale von Pflegebeziehungen und die Dynamiken in Pflegebeziehungen, die dazu führen bzw. dazu beitragen, dass es zu Misshandlung/ Vernachlässigung kommt? Welche Bedeutung kommt insbesondere folgenden Faktoren zu:
 - Beziehungsgeschichte Pflegende – Pflegebedürftige (prämorbid und seit Pflegeübernahme)
 - aktuelle Beziehung Pflegende – Pflegebedürftige
 - subjektive Motive und Begründungen für die Übernahme von Pflegeverantwortung und für die Fortführung / Aufrechterhaltung von Pflegebeziehungen auch angesichts von Schwierigkeiten
 - Art der gesundheitlichen Einschränkungen, welche die Pflegebedürftigkeit bedingen (insbesondere: Vorliegen oder Nichtvorliegen einer demenziellen Erkrankung)
 - erlebte soziale Unterstützung/ soziale Isolation
 - Inanspruchnahme /Nicht-Inanspruchnahme ambulanter Dienste und anderer Hilfen
 - strukturelle Merkmale wie Geschlecht, Art der verwandtschaftlichen (oder sonstigen) Beziehung, gemeinsamer oder separater Haushalt, ökonomischer Status des Pflegearrangements bzw. der das Arrangement konstituierenden Personen.

⁷² Eher am Rande wird es dabei auch darum gehen, die beiden grundlegenden Hypothesen "Gewalt in der Pflege als Überlastungseffekt" und "Gewalt in der Pflege als Handlungsweisen insgesamt in ihrem Verhalten problematischer und zu Devianz neigender Personen" im Lichte des empirischen Materials gegeneinander abzuwägen und neu zu bewerten.

4. Welches sind andererseits protektive Faktoren? Dies in einem doppelten Sinne:
 - Was macht eine "gelingende Pflegebeziehung" aus?
 - Was schützt Pflegebeziehungen, die Risikofaktoren aufweisen, vor dem "Schritt in die Misshandlung / Vernachlässigung"?
5. Wo zeigen sich Ansatzmöglichkeiten für gewaltpräventives Handeln? Wie kann die Identifikation problematischer / gefährdender Pflegebeziehungen verbessert werden? Wie sind die Bedürfnisse pflegebedürftiger Opfer beschaffen?
6. Was kann, wenn es in einer Pflegebeziehung bereits zu Misshandlungen gekommen ist, getan werden um den Betroffenen (Pflegenden wie Pflegebedürftigen) zu helfen und weitere Misshandlungen zu verhindern?
7. Was kann in Fällen schwerwiegender Vernachlässigung Pflegebedürftiger unternommen werden, um den Betroffenen zu helfen und weitere Vernachlässigung zu verhindern?

2.2.2.2. Untersuchungsinstrumente

Bei den Interviews mit den verschiedenen Befragten Gruppen wurden vier Typen von Instrumenten eingesetzt:

- ein *Interviewleitfaden* mit einer Reihe von – soweit Interviewverlauf und Verständnishorizont des Interviewten dies zulassen – obligatorisch zu stellenden Leitfragen und einer Vielzahl von flexibel einzusetzenden Ergänzungs- und Vertiefungsfragen
- ein *Sozialdatenbogen*, der eine Reihe von Grunddaten zu der befragten Person sowie zum Pflegesetting bzw. zum Arbeitsumfeld zu erfassen in der Lage ist
- ein von den InterviewerInnen im Anschluss an das Interview zu bearbeitender *Postscript-Bogen*, der sowohl Rahmendaten zum Gespräch (zeitliche und örtliche Gegebenheiten, anwesende Personen, Störungen etc.) als auch stichwortartige Zusammenfassungen wesentlicher Interviewinhalte sowie darüber hinausgehende Interpretationsansätze erfasst
- einige *summarische Ratings* der Befragten (zu Lebenszufriedenheit, gesundheitlicher Verfassung etc.), die z.T. in Bezug zu den Daten des Viktimisierungssurveys gesetzt werden können; diese Ratingskalen wurden in den als ExpertInnenbefragungen konzipierten Interviews sowie in Gruppengesprächen nicht eingesetzt.

Die verwendeten Interviewleitfäden sollen an dieser Stelle charakterisiert werden. Im Wortlaut sind sie in dem Bericht von GÖRGEN, RABOLD & HERBST (2006) wiedergegeben. Es wurden in ihrer Grundstruktur ähnliche Interviewleitfäden für folgende Gruppen entwickelt:

1. Pflegebedürftige,
2. pflegende Familienangehörige,
3. MitarbeiterInnen ambulanter Dienste und
4. BeraterInnen / ExpertInnen (MitarbeiterInnen einschlägiger Beratungseinrichtungen, Gutachter etc.).

Während die Gespräche mit Pflegebedürftigen und pflegenden Familienangehörigen thematisch auf das jeweilige Setting begrenzt waren, greifen die Interviewleitfäden mit Pflegekräften und BeraterInnen/ExpertInnen auch die über ein konkretes Pflegearrangement hinausgehenden Erfahrungen der Befragten auf. Allen Instrumenten ist gemeinsam, dass sie einen Kanon von Kernfragen enthalten, die in jedem der geführten Interviews gestellt werden sollen (es sei denn, exakt die darin angesprochene Thematik

war zuvor an anderer Stelle bereits in hinreichender Intensität Gegenstand des Interviews). Darüber hinaus enthalten die Leitfäden zu den angesprochenen Themenbereichen eine Vielzahl von Folge- und Vertiefungsfragen, deren Verwendung oder Nicht-Verwendung vom Interviewverlauf (inhaltlich, aber auch z.B. im Hinblick auf die verfügbaren zeitlichen Ressourcen und die Belastbarkeit des Interviewpartners) abhängt und daher letztlich situativ zu treffende Entscheidungen des Interviewers / der Interviewerin voraussetzt.

Im Bereich der "unmittelbar kriminologisch relevanten" Themen sind die Instrumente vergleichsweise stark strukturiert, d.h. es wird explizit nach Vorkommnissen physischer Gewalt, verbal aggressiven Verhaltens etc. gefragt. Die einschlägigen Fragen werden erst gegen Ende der Interviews gestellt, so dass bis dahin in aller Regel erstens der Aufbau eines Rapports zum Interviewpartner gelungen (im Einzelfall natürlich auch misslungen) ist und zweitens vielfältige erzählgenerierende Stimuli gesetzt werden konnten.

Die Interviewleitfäden wurden vor ihrem Einsatz in zwei Pretest-Wellen im Frühsommer und Herbst 2005 erprobt und aufgrund der dort gesammelten Erfahrungen modifiziert.

Exemplarisch für die beiden Gruppen der ausschließlich fallbezogen und der auch fallübergreifend geführten Interviews seien nachfolgend die wesentlichen Themenbereiche der Interviews mit pflegenden Angehörigen und mit ambulanten Pflegekräften genannt.

Interviews mit pflegenden Familienangehörigen: zentrale Themenfelder des Interviewleitfadens
- aktueller Tagesablauf / regelmäßige Aktivitäten
- Pflegeübernahme und deren Vorgeschichte
- aktuelle Befindlichkeit des Pflegebedürftigen
- Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsarrangement
- wahrgenommene Pflegequalität / pflegerische Vernachlässigung / unzureichende Pflege
- freiheitseinschränkende Maßnahmen
- aktuelle Befindlichkeit des Pflegenden
- Veränderungen verschiedener Lebensbereiche durch Pflegeübernahme
- vom Pflegenden erlebte / in Anspruch genommene soziale Unterstützung
- Beziehung zum Pflegebedürftigen
- Veränderungen der Beziehung zum Pflegebedürftigen seit Pflegeübernahme
- Konfliktsituationen in der Beziehung Pflegender – Pflegebedürftiger
- aggressives Verhalten des Pflegebedürftigen gegenüber dem Pflegenden (physisch, verbal)
- physische Gewalt / verbal aggressives Verhalten des Pflegenden gegenüber dem Pflegebedürftigen
- Viktimisierungen des Pflegebedürftigen durch Dritte (inkl. finanzielle Ausbeutung)

Interviews mit ambulanten Pflegekräften: zentrale Themenfelder des Interviewleitfadens
Bereich: Spezifisches Pflegearrangement
- aktuelle Modalitäten des Kontakts zum Pflegebedürftigen
- Arbeit mit dem Pflegebedürftigen
- Hilfe-, Pflege- und Unterstützungsarrangement
- aktuelle Befindlichkeit des Pflegebedürftigen
- Beziehung zum Pflegebedürftigen und zu seinen Angehörigen
- wahrgenommene aktuelle Befindlichkeit der familialen Hauptpflegeperson
- wahrgenommene Beziehung zwischen Pflegebedürftigem und familialer Hauptpflegeperson
- wahrgenommene Pflegequalität / pflegerische Vernachlässigung / unzureichende Pflege
- freiheitseinschränkende Maßnahmen
- Konfliktsituationen in Bezug auf den Pflegebedürftigen (in seiner Beziehung zur ambulanten Pflegekraft, zur familialen Hauptpflegeperson oder zu Anderen)
- aggressives Verhalten des Pflegebedürftigen gegenüber der Pflegekraft (physisch, verbal, sexuelle Belästigung)
- physische Gewalt / verbal aggressives Verhalten der Pflegekraft gegenüber dem Pflegebedürftigen
- Viktimisierungen des Pflegebedürftigen durch Dritte (inkl. finanzielle Ausbeutung)
Bereich: Fallübergreifende Erfahrungen
- Erfahrungen mit problematischen Situationen in der häuslichen Pflege
- Qualität der Pflege durch Familienangehörige
- pflegerische Vernachlässigung in der häuslichen Pflege (allgemein und durch befragte Pflegekraft)
- physische Gewalt gegenüber Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (allgemein und durch befragte Pflegekraft)
- freiheitseinschränkende Maßnahmen in der häuslichen Pflege (allgemein und durch befragte Pflegekraft)
- verbale Aggressivität gegenüber Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege (allgemein und durch befragte Pflegekraft)
- materielle Ausbeutung von Pflegebedürftigen in der häuslichen Pflege
- Präferenzen für den Fall eigener Pflegebedürftigkeit
- Veränderungsprioritäten in Bezug auf häusliche Pflege alter Menschen

2.2.2.3. Durchführung der Interviewstudie

Die Durchführung der Interviews erfolgte in drei Regionen (in Berlin, in Großraum Hannover sowie in Göttingen und im ländlichen Südniedersachsen) im Zeitraum zwischen November 2005 und Juni 2006. In den Gesprächen wurden Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und MitarbeiterInnen ambulanter Pflegedienste, sowie in einigen Fällen in anderer Weise professionell mit dem Thema befasste Personen (MitarbeiterInnen von Krisentelefonen, Beratungsstellen etc.) zu ihren Erfahrungen mit der häuslichen Pflege befragt.

Über die Interviews hinaus wurden in vier Fällen Gruppengespräche (zweimal mit pflegenden Angehörigen sowie je einmal mit ambulanten Pflegekräften und mit MitarbeiterInnen einer städtischen Altenhilfeeinrichtung) geführt. Derartige Gruppengespräche waren ursprünglich nicht vorgesehen; sie erwiesen sich in Fällen, in denen pflegende Angehörige oder MitarbeiterInnen eines ambulanten Dienstes sich nicht alleine, wohl aber in der Gruppe befragen lassen wollten ebenso als sinnvoll wie in einem Fall, in dem mit dem Team einer kommunalen Altenhilfeeinrichtung gesprochen wurde und die unterschiedlichen fachlichen Perspektiven der Beteiligten (als Pflegefachkräfte, als SozialarbeiterInnen) einander in einer den Gegenstand erhellenden Weise ergänzten. Für die Gruppengespräche wurden keine separaten Instrumente entwickelt; die Gesprächsführung orientierte sich an den Leitfäden für die jeweiligen Befragtengruppen.

Bei der Konzeption der Datenerhebung wurde großen Wert darauf gelegt, dass die Interviews von Personen geführt wurden, die über eine entsprechende sozialwissenschaftliche Methodenausbildung verfügten und mit der Studie und ihren Zielen inhaltlich in hohem Maße vertraut waren. Durchgeführt wurden die Interviews / Gruppengespräche von den unmittelbaren ProjektmitarbeiterInnen sowie von in das Projekt eingebundenen und im Hinblick auf die Interviews speziell geschulten Diplom-PsychologInnen und Diplom-SozialwissenschaftlerInnen bzw. –SoziologInnen. Lediglich in einer kleinen Zahl von Fällen wurden – intensiv in das Projekt eingebundene – studentische Hilfskräfte für die Gespräche eingesetzt. Insgesamt waren sechs Interviewerinnen und zwei Interviewer im Einsatz. Sämtliche InterviewerInnen standen in dauerndem Austausch mit dem Projektleiter⁷³; in regelmäßigen Abständen fanden Arbeitsgruppensitzungen der InterviewerInnen statt, in deren Verlauf sowohl das weitere Vorgehen in der Feldphase besprochen als auch inhaltliche Fragen vor dem Hintergrund der bis dato geführten Gespräche erörtert wurden.

Zielgruppe der Interviews waren Pflegesettings mit aktuell bestehender häuslicher Pflege von Menschen ab 60 Jahren unter Beteiligung privater Pflegepersonen; Konstellationen, in denen die Versorgung ausschließlich über ambulante Dienste erfolgte, wurden ausgeklammert⁷⁴. In wenigen Ausnahmefällen, in denen der zu erwartende Gehalt des Interviews dies rechtfertigte (z.B. Pflege einer für diese Subkultur vergleichsweise "alten", aber noch unter 60-jährigen Drogenabhängigen durch den Lebenspartner), wurden auch Pflegebedürftige einbezogen, die das 60. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten. Vor dem Hintergrund der Zusammensetzung der Gruppe der InterviewerInnen faktisch ausgeschlossen waren Pflegesettings, die nicht in deutscher Sprache hätten befragt werden können.

Zentrale Kriterien für die Stichprobenbildung waren (neben der regionalen Gliederung):

- Pflege demenziell bzw. nicht demenziell Erkrankter
- intragenerationale bzw. intergenerationale Pflege
- Pflege mit bzw. ohne Unterstützung ambulanter Dienste

⁷³ Der Projektleiter führte rund 16% der Interviews / Gruppengespräche selbst. Dies erschien im Hinblick auf etwa notwendig werdende Anpassungen der Vorgehensweise in der Anfangsphase der Erhebung wie auch auf die spätere Analyse des gewonnenen Materials unverzichtbar.

⁷⁴ In ExpertInneninterviews sowie in den fallübergreifenden Passagen von Gesprächen mit ambulanten Pflegekräften wurde diese Gruppe Pflegebedürftiger gleichwohl bisweilen angesprochen.

Nach Möglichkeit wurden jeweils alle zentral an einem Pflegearrangement beteiligten befragbaren Personen interviewt, so dass z.B. bei Nicht-Dementenpflege mit Unterstützung eines ambulanten Dienstes in der Regel drei Personen (Pflegebedürftiger, pflegendes Familienmitglied, ambulante Pflegekraft), bei Demenzpflege ohne ambulanten Dienst hingegen nur eine Person (das pflegende Familienmitglied) befragt wurde.

In Bezug auf die Pflege demenziell erkrankter älterer Menschen wurde vom Versuch eines Interviews mit dem Pflegebedürftigen abgesehen. In mehreren Fällen erwiesen sich Interviews mit Pflegebedürftigen, die in den Vorgesprächen von den Angehörigen als "zu einem längeren Gespräch in der Lage" und "nicht altersverwirrt"⁷⁵ charakterisiert worden waren, als nicht führbar, da die Interviews den Verstehenshorizont der Gesprächspartner und ihre sprachlichen Ausdrucksfähigkeiten offensichtlich überschritten⁷⁶; diese Gespräche wurden abgebrochen bzw. stark abgekürzt und nicht in die Auswertung einbezogen.

Die Gespräche wurden grundsätzlich als persönlich-mündliche Interviews in der jeweiligen häuslichen Umgebung bzw. bei Pflegekräften in der Regel am Arbeitsplatz durchgeführt. Nur in wenigen Ausnahmefällen fiel (im Hinblick auf Reisezeiten und Reisekosten und nach sorgfältiger Einzelfallabwägung der "Machbarkeit") bei Interviews mit weit außerhalb der genannten drei Regionen lebenden Personen die Entscheidung zu Gunsten einer telefonischen Befragung.

Soweit in den persönlich-mündlichen Interviews sowohl eine pflegebedürftige Person als auch ein pflegendes Familienmitglied befragt werden konnte, wurden die Gespräche als simultane getrennte Befragungen durch zwei Interviewkräfte realisiert. Dies bedeutete zwar für die InterviewerInnen einen erhöhten Koordinationsaufwand, doch wurde dadurch zweierlei sichergestellt: (1) Pflegebedürftige und pflegende Angehörige konnten separat interviewt werden, was gerade im Hinblick auf die Befragungsthematik von großer Bedeutung für Gesprächsatmosphäre und Offenheit war; (2) die pflegebedürftige Person war in der Zeit, in der die Pflegeperson interviewt wurde, unter Aufsicht; die Pflegeperson konnte sich daher besser auf das Gespräch konzentrieren und musste nicht ständig ihre Aufmerksamkeit zwischen Interview und Sorge um den Pflegebedürftigen teilen. Bei Befragungen in häuslichen Demenzpflegesettings wurde ebenfalls großer Wert darauf gelegt, die familiäre Pflegeperson alleine zu befragen. Dies ließ sich in den weitestmeisten Fällen realisieren; bei einigen Interviews war die demenziell erkrankte Person jedoch während des Gesprächs mit im Raum.⁷⁷

Zu einem durchgeführten Interview liegen neben der Bandaufnahme in der Regel vor: Sozialdatenbogen, ausführliches Postscript des Interviewers/der Interviewerin sowie die erwähnten summarischen Ratings.

Bei der Rekrutierung von Pflegearrangements und InterviewpartnerInnen wurden verschiedene Zugangswege kombiniert. Sie erfolgte:

⁷⁵ Begriffe wie "verwirrt" und "altersverwirrt" wurden von pflegenden Angehörigen häufig gebraucht; in den telefonischen Vorgesprächen wurde dieser Sprachgebrauch seitens der Forschungsgruppe aufgegriffen (z.B. "Würden Sie sagen, Ihr Mann ist demenzkrank oder altersverwirrt?").

⁷⁶ In den Pretests war gegenüber den pflegenden Angehörigen in Bezug auf die pflegebedürftige Person mit dem Begriff "befragbar" operiert worden. Es zeigte sich rasch, dass dieser Terminus bei den Angehörigen unzutreffende Vorstellungen über die mit einem Interview verbundenen Anforderungen weckte. Das Problem ließ sich durch die Wahl anderer Formulierungen (u.a. "zu einem längeren Gespräch in der Lage") entschärfen, nicht aber beseitigen. Die im Laufe der Feldphase gesammelten Erfahrungen legen den Schluss nahe, dass die hierdurch entstehenden "Missverständnisse" nicht alleine darauf beruhen, dass die InterviewerInnen die Anforderungen nicht hinreichend klar zu machen vermochten, sondern auch auf Verkennungen der verbliebenen intellektuellen und sprachlichen Kompetenzen der pflegebedürftigen Zielpersonen sowie auf dem Umstand, dass den Angehörigen aufgrund der intimen Kenntnis der Person tatsächlich Ebenen der Kommunikation möglich sind, die den InterviewerInnen, die als "Fremde" in die Situation kommen, verschlossen bleiben.

⁷⁷ Dies eröffnete im Einzelfall durchaus interessante (und in anderer Weise kaum zu gewinnende) Einblicke in Interaktionsmuster zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen, wurde jedoch insgesamt als potenzieller Störfaktor betrachtet, den die InterviewerInnen bereits in den telefonischen Anbahnungsgesprächen nach Möglichkeit auszuschalten versuchten.

- über entsprechende Artikel ("Pflege in der Familie - Wissenschaftler suchen Gesprächspartner") in (lokalen) Tages- und Wochenzeitungen in den drei in die Erhebung einbezogenen Regionen; in den Texten war von Belastungen, Problemen und Konflikten die Rede; die Begriffe "Kriminalität" und "Gewalt" wurden vermieden; pflegende Angehörige, die sich von den Veröffentlichungen angesprochen fühlten, setzten sich telefonisch mit dem Projektleiter bzw. direkt mit den lokalen / regionalen Interviewteams in Verbindung
- über eine Zufallsauswahl ambulanter Pflegedienste aus der jeweiligen Region; an die ausgewählten Pflegedienste wurde mit der Bitte herangetreten, der Forschungsgruppe Kontakt zu Pflegesettings zu vermitteln, deren Beteiligte "uns auch etwas über Probleme in der häuslichen Pflege berichten können"
- ferner über eine gezielte Suche nach einer kleinen Stichprobe "a priori als problematisch bekannter Pflegesettings" (über einschlägige Beratungsstellen, Krisentelefone etc.). Dabei wurden auch Personen, die als BeraterInnen mit den jeweiligen KlientInnen befasst gewesen waren, in die Interviews einbezogen. Insgesamt erwies sich dieser Zugang als (quantitativ) wenig ertragreich, was sicherlich unter anderem damit zusammen hängt, dass viele einschlägige Einrichtungen ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich der stationären Pflege haben und sich überwiegend mit dem Verhältnis zwischen Anbietern und Kunden von Pflegedienstleistungen beschäftigen, während die "Binnenverhältnisse" familialer Pflegebeziehungen, d.h. die die in der vorliegenden Studie im Mittelpunkt stehende Ebene der Interaktion und Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und familialen Pflegepersonen eine vergleichsweise geringere Rolle zu spielen scheint.

Diese weitestgehend lokal begrenzte und nach inhaltlichen Gesichtspunkten zusammengesetzte Stichprobe erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität für die Grundgesamtheit der häuslichen Pflegearrangements. Es ging vor allem darum, die Heterogenität der Konstellationen, die unter das Konzept "familiale Pflege älterer Menschen" subsumiert werden können, im Hinblick auf zentrale Merkmale abzubilden. Neben den oben erwähnten, bei der Auswahl von Pflegesettings bedeutsamen Merkmalen (Region, Generationenzugehörigkeit von Pflegenden und Pflegebedürftigen, Beteiligung ambulanter Dienste, Demenzerkrankungen) ergibt sich im Hinblick auf zahlreiche weitere Aspekte die Heterogenität der Stichprobe quasi "organisch" aus den gesammelten Pflegearrangements (z.B. im Hinblick auf das Alter der Beteiligten, die Art der Erkrankung und die Schwere der Pflegebedürftigkeit, die soziale und wirtschaftliche Lage).

2.2.2.4. Beschreibung der Interviewstichprobe

Zum Zeitpunkt dieses Berichts kann die Interviewdurchführung als praktisch abgeschlossen betrachtet werden. Insgesamt wurden 178 Interviews⁷⁸ und 4 Gruppengespräche geführt. Einige weitere im Verlauf der Feldphase bereits vereinbarte Interviews kamen nicht zustande, dies vor allem wegen akuter Verschlechterungen des Gesundheitszustandes der potenziellen GesprächspartnerInnen.

⁷⁸ In drei Fällen wurden ambulante Pflegekräfte interviewt, die jeweils in zwei oder drei der in die Interviewstudie einbezogenen häuslichen Pflegesettings tätig waren. Dies geschah im Rahmen entsprechend verlängerter Gespräche, bei denen diejenigen Fragen, welche konkrete familiale Pflegesettings betrafen, mehrfach, die fallübergreifenden Fragen natürlich nur einmal gestellt wurden. Diese Gespräche sind in die tabellarische Darstellung entsprechend der Zahl der in den Interviews thematisierten familialen Pflegearrangements eingeflossen.

**Tab. 25: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings:
Anzahl der Interviews und Gruppengespräche mit den verschiedenen Zielgruppen**

	n	%
Interviews mit		
.... pflegenden Angehörigen	89	48.9
.... Pflegebedürftigen	32	17.6
.... ambulanten Pflegekräften	43	23.6
.... Anderen (Berater, Gutachter, gesetzliche Betreuer etc.)	14	7.7
Gruppengespräche mit		
.... pflegenden Angehörigen	2	1.1
.... ambulanten Pflegekräften	1	0.5
.... MitarbeiterInnen einer kommunalen Altenhilfeinstitution	1	0.5
Gesamt	182	100.0

Tabelle 25 macht deutlich, dass pflegende Angehörige die weitaus größte Teilgruppe der Interviewpartner stellen. Mit Ausnahme einiger über Beratungs- und Kriseneinrichtungen rekrutierter "Problemsettings", zu denen lediglich Sichtweisen von Beraterinnen vorliegen, wurde bei allen via Presse und via Pflegedienste rekrutierten Pflegearrangements mindestens die familiäre Hauptpflegeperson befragt. Pflegebedürftige wurden hinzugezogen, soweit sie aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung zu einem Interview in der Lage waren (und natürlich die Bereitschaft zu einem Gespräch aufbrachten), ambulante Pflegekräfte, soweit ein Pflegedienst eingeschaltet war.

Wie Tabelle 26 zeigt, wurden in den Interviews und Gruppengesprächen insgesamt 201 Personen erreicht.⁷⁹ Es handelt sich um eine auch in allen Teilgruppen überwiegend weibliche Stichprobe; lediglich 22.4% der befragten Personen waren Männer. Dies spiegelt die Dominanz von Frauen sowohl unter den in der Pflege Tätigen als auch unter den Pflegebedürftigen wider.⁸⁰

⁷⁹ Die Zahl der erreichten Personen liegt vor allem wegen der Gruppengespräche höher als die Summe der Interviews und Gruppengespräche. Darüber hinaus wurden einige Interviews simultan mit mehr als einer Person geführt (so mit zwei Angehörigen, die sich die Pflege einer Person teilten oder mit drei MitarbeiterInnen eines ambulanten Dienstes, die aus unterschiedlichen Perspektiven und zu unterschiedlichen Zeitpunkten Kontakt zu einem familialen Pflegesetting gehabt hatten).

⁸⁰ Vgl. zu diesem Aspekt u.a. ARMSTRONG (2002), DALY & RAKE (2003), MORRIS (2004).

**Tab. 26: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings:
In Interviews und Gruppengesprächen erreichte Personen**

Methode	Gruppe	Frauen		Männer	
		n	%	n	%
Interview					
	pflegende Angehörige	70	34.8	20	10.0
	Pflegebedürftige	22	10.9	10	5.0
	ambulante Pflegekräfte	38	18.9	8	4.0
	Andere (Berater, Gutachter, gesetzliche Betreuer etc.)	11	5.5	4	2.0
	Interviewpartner gesamt	141	70.1	42	21.0
Gruppengespräch					
	pflegende Angehörige	6	3.0	1	0.5
	ambulante Pflegekräfte	5	2.5	1	0.5
	MitarbeiterInnen kommunale Altenhilfeinstitution	4	2.0	1	0.5
	Partner in Gruppengesprächen gesamt	15	7.5	3	1.5
Gesamt		156	77.6	45	22.4

Das Durchschnittsalter der in den Interviews (ohne Gruppengespräche) erreichten Personen liegt bei 58.3 Jahren. Die befragten Pflegebedürftigen waren zum Interviewzeitpunkt durchschnittlich 77.4 Jahre alt (Minimum: 61 Jahre, Maximum: 99 Jahre), die pflegenden Angehörigen 61.4 Jahre; hier lag die Altersspanne zwischen 38 und 88 Jahren. 54.4% der familial Pflegenden waren 60 Jahre und älter; immerhin 6 (6.7%) hatten das 80. Lebensjahr bereits vollendet. Von den befragten Pflegebedürftigen waren 16 (50.0%) mindestens 80 Jahre alt, 5 (15.65) sogar 90 Jahre und älter. Das durchschnittliche Alter der ambulanten Pflegekräfte liegt bei 41.0 Jahren; die Spanne reicht hier von 22 bis zu 61 Jahren.

Tabelle 27 stellt die Zahl der durch die Interviews erreichten häuslichen Pflegearrangements und ihre Verteilung anhand der für die Stichprobenbildung relevanten Merkmale "Pflege demenziell Erkrankter versus Pflege nicht demenziell Erkrankter", "Pflege mit versus Pflege ohne Unterstützung durch ambulante Dienste" und "intragenerationale versus intergenerationale Pflege" dar. Insgesamt wurden durch die Interviews 92 häusliche Pflegearrangements erreicht; je zur Hälfte ging es dabei um intragenerationale Pflege (im Wesentlichen zwischen Ehepartnern) und um intergenerationale Pflege (vor allem zwischen Kindern bzw. Schwiegerkindern und Eltern bzw. Schwiegereltern).

**Tab. 27: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings:
In den Interviews repräsentierte häusliche Pflegearrangements**

		Pflege demen- ziell Erkrankter	Pflege nicht demenziell Erkrank- ter	gesamt
intragenerationale Pflege		22	24	46
	mit ambulantem Dienst	12	15	
	ohne ambulanten Dienst	10	9	
intergenerationale Pflege		21	25	46
	mit ambulantem Dienst	7	14	
	ohne ambulanten Dienst	14	11	
gesamt		43	49	92

Tabelle 27 macht ferner deutlich, dass rund 47% (n=43) der Pflegearrangements als solche "mit Demenzipflege" klassifiziert wurden, wobei das Label hier nicht als diagnostische Kategorie im engeren Sinne gebraucht wird, sondern im Sinne von "Pflege kognitiv in bedeutsamem Maße beeinträchtigter Personen".

2.2.2.5. Erste Befunde der Interviewstudie

2.2.2.5.1. Vorbemerkung

Zum Zeitpunkt des Abfassens dieses Berichts war die Feldphase der Interviewstudie soeben erst abgeschlossen, Aufbereitung und Analyse des Materials aus Interviews und Gruppengesprächen standen dementsprechend noch am Anfang. Wenn die Analyse qualitativen Materials als iterativer Prozess verstanden wird (vgl. z.B. BRINGER, JOHNSTON & BRACKENRIDGE, 2006; MILES & HUBERMAN, 1994), dann werden im Folgenden Befunde auf einer frühen Stufe dieses Prozesses präsentiert. Es werden dabei thesenartig einige Themenfelder umrissen, die sich im Sinne einer Selektion und Fokussierung des Materials in wiederholten Diskussionen der Interviews und ihres Ertrags im Kreis der InterviewerInnen als bedeutsam für die weitere Analyse erwiesen haben. Die thesenartige Darstellung verzichtet noch weitgehend auf den direkten Rückbezug auf das Interviewmaterial; im Verlauf der weiteren Auswertungen werden die Thesen sich jedoch – um Bestand haben zu können – am empirischen Material bewähren müssen.

2.2.2.5.2. Pflegeübernahme als kritisches Lebensereignis und Innovationserfordernis

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit und die Übernahme von Pflegeverantwortung sind für eine Familie kritische Lebensereignisse und stellen Innovationserfordernisse dar. Wer die Pflege eines Angehörigen übernimmt, muss Vieles neu lernen, und dies keineswegs nur auf einer pflegerisch-handlungspraktischen Ebene, sondern insbesondere auch im Hinblick auf die Ausgestaltung der Beziehung zwischen den beteiligten Personen unter durch Pflegebedürftigkeit und Pflegeübernahme veränderten Bedingungen.

Der Eintritt von Pflegebedürftigkeit bei einem Familienmitglied und die dadurch notwendig werdende Entscheidung des familialen Systems, wie mit dieser Veränderung umgegangen werden soll, können stets als Krise und stressreiches Ereignis betrachtet werden. Auch in den Fällen, in denen Pflegebedürftigkeit nicht plötzlich und unerwartet beginnt, sondern langsam und vorhersehbar eintritt, ist sie immer zugleich eine Herausforderung für die Innovationsfähigkeit einer Beziehung und der sie tragenden und konstituierenden Personen.

Familiale Pflege erfordert von den Beteiligten vielfältige Lernprozesse. Dies betrifft keineswegs nur pflegerische Techniken, sondern vor allem neue Ebenen des Umgangs miteinander, insbesondere zwischen Eltern und erwachsenen Kindern auch neue (bzw. erneut und unter veränderten Vorzeichen zu konstituierende) Formen von Intimität.

Pflegesituationen verändern familiale Systeme und Partnerschaften. Richtung und Intensität der Veränderung sind offenbar von Familie zu Familie in hohem Maße unterschiedlich. Erste Sichtungungen des Interviewmaterials legen die Unterscheidung von mindestens drei Grundformen nahe:

- Es gibt Familien, die über die Pflege eines Familienmitgliedes zu engerem Kontakt, offener Kommunikation und vermehrter wechselseitiger Unterstützung finden und insgesamt aus der Krise gestärkt hervorgehen scheinen⁸¹ (schlagwortartig als Modell "Solidarität" zu kennzeichnen).
- In den Interviews wurde ferner deutlich, dass andere Familien vor allem durch ein Sich-Abwenden von Teilen des familialen Systems von den Pflegeaufgaben und der Pflegedyade (oder dem unmittelbar mit Pflege befassten Segment der Familie) und eine anschließende Neuordnung familialer Kommunikationsstrukturen und Allianzen gekennzeichnet sind (Modell "Spaltung und Neuformierung").
- Ferner gibt es den Typus der Familie, in der sich an der Frage des Umgangs mit Pflegebedürftigkeit schwerwiegende Konflikte entzünden, bei denen zum Teil ökonomische Fragen die zentrale Rolle zu spielen scheinen: Wie wird mit dem Vermögen des Pflegebedürftigen umgegangen? Wie viel davon kann in die Pflege eingebracht werden? Wer wird was und wie viel erben und welche Bedeutung haben vorangegangene Pflegeleistungen hierfür? (Modell "Konflikt").

⁸¹ Vergleiche hierzu z.B. BOSS (2002).

Familiale Pflege stellt an die Beteiligten große Anforderungen im Hinblick auf die Neudefinition und praktische Regulierung des Verhältnisses von Nähe und Distanz – dies in einem umfassenden und keineswegs auf physischen Kontakt beschränkten Sinne. Von diesem Erfordernis einer Nähe-Distanz-Regulation⁸² sind unter anderem folgende Bereiche betroffen:

- Umgang mit Körperkontakt / physischer Intimität, auch Sexualität⁸³
- emotionale Nähe
- Kommunikation (Kommunikationsstil und Kommunikationsinhalte)
- Interpretation von Verhalten, Zuschreiben von Intentionen, Verhaltensursachen, Verantwortlichkeiten
- subjektive Bedeutung, Exklusivität und zeitliche Perspektive einer Beziehung.

2.2.2.5.3. Identitätsrelevanz von Pflege und Pflegebedürftigkeit

Pflege und Pflegebedürftigkeit sind für die unmittelbar beteiligten Personen in hohem Maße identitätsrelevant. Sie prägen das Selbstbild wie die Wahrnehmung durch Dritte. Wer einen Angehörigen pflegt, erlebt sich oft in erster Linie als Pfleger und wird auch von Anderen so gesehen.

In zahlreichen Interviews wurde deutlich, dass der Umstand, "Pfleger" bzw. "Pflegebedürftiger" zu sein, für das Selbstverständnis, die Identität der jeweiligen Personen von großer, vielfach sogar alles Andere überragender Bedeutung ist.⁸⁴

Für pflegende Angehörige ergibt sich die subjektive Zentralität des Pflegens nicht nur aus der vielfach enormen zeitlichen Beanspruchung durch die Pflege, sondern auch aus

- der Zentralität der Interaktionspartner (bei denen es sich vor allem um Eltern und Ehepartner handelt),
- der Bedeutsamkeit der Aufgabe (es geht mindestens um relatives Wohlbefinden, letztlich oft um Leben und Tod),
- dem existentiellen Charakter der Themen, die mit dem Entstehen von Pflegebedürftigkeit und der Übernahme von Pflegeverantwortung verknüpft sind (Endlichkeit, Sterben, Leiden, Verantwortung, Freiheit und Unfreiheit, Veränderbarkeit und Hilflosigkeit etc.),
- schließlich dem Umstand, dass die Beanspruchung durch Pflege oft andere (vormals identitätsrelevante) Aktivitäten (Beruf, Pflege sozialer Kontakte, Freizeitaktivitäten, gesellschaftliches Engagement, etc.) verdrängt, ersetzt, erschwert oder in ihrer Bedeutung reduziert hat und die so entstandene "Lücke" gefüllt zu werden verlangt.

Im Hinblick auf die Pflegebedürftigen liegt die Zentralität des Umstands der Pflegebedürftigkeit für die Identität auf der Hand. Die mit der Pflegebedürftigkeit einhergehenden Einschränkungen determinieren den aktuellen Lebensstil wie die Zukunftsperspektiven und die verbleibenden Handlungsoptionen der betroffenen Person.

Pflege und Pflegebedürftigkeit als identitätsrelevante Merkmale zu begreifen, eröffnet weitere konzeptuelle Anknüpfungspunkte, insbesondere im Hinblick auf das Erleben und die Verarbeitung von Stress sowie die Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation insgesamt und spezifischer Ereignisse unter Gesichtspunkten

⁸² Zur Bedeutsamkeit angemessener Nähe-Distanz-Regulation in Beziehungen, insbesondere in Partnerschaften vergleiche z.B. CHRISTENSEN & SHENK (1991).

⁸³ Zu Sexualität und Pflegebedürftigkeit, insbesondere zu Sexualität und Demenz vergleiche REDINBAUGH, ZEISS, DAVIES & TINKLENBERG (1997), SHERMAN (1999).

⁸⁴ Zum Konzept der Identitätsrelevanz vgl. u.a. DE GARMO & KITSON (1996), THOITS (1991; 1995).

punkten von Fairness, Billigkeit (Equity) und Gerechtigkeit. Je mehr familiäre Pflege für eine Person eine identitätsrelevante Aktivität ist, desto größer ist grundsätzlich die Wahrscheinlichkeit, dass von diesem Aktivitätsbereich für die Person erlebte Belastungen ausgehen.⁸⁵ KONSTAM, HOLMES, WILCZENSKI, BALIGA, LESTER & PRIEST (2003) fanden bei einer Stichprobe familialer Pflegepersonen von Parkinsonkranken, dass es für das Wohlbefinden der Pflegenden entscheidend war, inwieweit sie "Sinn" und "Bedeutung" auch in Bereichen fanden, die nicht mit ihren Pflegeaufgaben verknüpft waren; dies weist auf Gefahren einer alles andere dominierenden Relevanz von Pflege für die personale Identität hin. In gleichem Maße kann Identitätsrelevanz einer Aktivität oder eines Lebensbereiches auch die Sensibilität einer Person für in diesem Bereich als unfair, unbillig, ungerecht erlebte Aspekte erhöhen, wenn dies nicht durch andere Faktoren – etwa eine Haltung zur Pflege, die diese aus dem Interpretationsrahmen "fairen" Gebens und Nehmens herauslöst - gepuffert wird (vgl. zu Identitätsrelevanz und Erleben von Unfairness JACKSON, KUBZANSKY & WRIGHT, 2006).

2.2.2.5.4. Heterogenität kognitiver und emotionaler Grundlagen von Pflegebereitschaft

Familiale Pflegebeziehungen unterscheiden sich in starkem Maße im Hinblick auf diejenigen Überzeugungen, Einstellungen und Emotionen, welche das Übernehmen von Pflegeverantwortung und das Fortführen der Pflegebeziehung begründen. Diese heterogenen Grundhaltungen zur Pflege sind mit unterschiedlichen Graden der Stabilität und Krisenfestigkeit von Pflegebeziehungen verknüpft und bergen unterschiedliche Risiken der Misshandlung und Vernachlässigung in sich.

Dass Pflege in der Familie (und nicht etwa in einer vollstationären Einrichtung) und im Rahmen des spezifischen (in der Interviewsituation angetroffenen) Arrangements geleistet wird, ist keineswegs selbstverständlich⁸⁶, sondern Ergebnis und Ausdruck komplexer Aushandlungs- und Entscheidungsprozesse. In den Interviews sprachen insbesondere pflegende Angehörige häufig aus eigener Initiative (und bereits bevor direkt danach gefragt wurde) über motivationale Aspekte ihrer Pflegebeziehungen, über die Frage, was sie dazu bewogen hat, die Pflege eines Familienmitglieds zu übernehmen und diese trotz nahezu unausweichlich auftretender Belastungen und Konfliktsituationen aufrecht zu erhalten.

⁸⁵ Vergleiche dazu die These von THOITS (1991, S. 106) zum Zusammenhang von Identitätsrelevanz und Stress: "Identity-relevant experiences may be more powerful predictors of psychological distress (and well-being) than identity-irrelevant experiences and may be more powerful than the summary measures typically used in stress research - for example, the number of negative events experienced in a given period, or the sum of reported strains weighted by their frequency or intensity." MARCUSSEN, RITTER & SAFRON (2004) weisen darauf hin, dass der Effekt der Interaktion von Belastungen und Identitätsrelevanz von der Art der Belastung, der jeweils betrachteten Identitätskomponente und der gewählten abhängigen Variablen abhängt.

⁸⁶ Einschlägige Studien gehen davon aus, dass die familiäre Pflegebereitschaft künftig zurückgehen wird. So fanden RUNDE, GIESE, SCHNAPP & STIERLE (2002) bei Befragungen an jeweils über 1.000 Personen, dass 1997 noch 55% der Befragten der Ansicht waren, dass Eltern ein Anrecht auf Pflege durch ihre Kinder haben, während 2002 dieser Wert auf 45% gesunken war. KLIE & BLAUMEISTER (2002) kommen in ihrer "Freiburger Pflegestudie" auf der Basis einer Befragung von 1.432 Personen zu dem Schluss, dass die familiäre Pflegebereitschaft nicht nur vor dem Hintergrund veränderter demographischer Bedingungen, sondern auch durch sozialen und kulturellen Wandel zurückgehen wird; moralische Gesichtspunkte werden – so die Prognose - an Bedeutung verlieren, Kostenüberlegungen wichtiger werden.

Die Bandbreite der in den Gesprächen zum Ausdruck gebrachten Beweggründe ist groß. Im Hinblick auf die subjektiven Begründungen für das Eingehen bzw. Aufrechterhalten familialer Pflegebeziehungen lassen sich im Interviewmaterial unter anderem folgende Varianten unterscheiden:

- Zuneigung / Liebe zum Pflegebedürftigen
- das Eheversprechen und dessen als unaufhebbar erlebte Bindungswirkung als Grundlage der Übernahme und des Aufrechterhaltens von Pflegeverantwortung⁸⁷
- religiöse Überzeugungen
- Bezugnahme auf die Qualität der Ehe oder Partnerschaft vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit; insbesondere: Pflege aus Dankbarkeit für früheres positiv wertgeschätztes Verhalten des Ehepartners⁸⁸
- Bezugnahme auf eine biographisch als gut erlebte Eltern-Kind-Beziehung; insbesondere: Pflege aus Dankbarkeit für früheres elterliches Handeln
- Überzeugung, dass der Partner im Falle von Pflegebedürftigkeit der nun pflegenden Person die Pflege ebenso übernommen hätte
- familiäre Solidarität als hoher Wert⁸⁹
- als selbstverständlich erlebte Verpflichtung gegenüber Eltern⁹⁰
- Selbstverständlichkeit des Für-Andere-da-Seins
- Verpflichtungsgefühl gegenüber Partner, der Familie finanziell abgesichert hat
- Furcht vor dem Alleinsein im Falle einer Übersiedlung etwa des Partners in eine stationäre Einrichtung
- finanzielle Aspekte (Pflegegeld, Rente, Sichern des Erbes etc.)
- Heimübersiedlung als nicht akzeptable Alternative (trotz z.T. problematischer Situation).

Vorstellungen und Wahrnehmungen von *Reziprozität*⁹¹ spielen für die Motivation, familiäre Pflegeaufgaben zu übernehmen, eine bedeutsame Rolle. Dabei lassen sich unterschiedliche Reziprozitätsformen unterscheiden, insbesondere der Ausgleich für früheres fürsorgliches Verhalten der nun pflegebedürftigen Person (dies vor allem zwischen pflegenden Kindern und pflegebedürftigen Eltern) sowie eine hypothetische Form der Reziprozität, die annimmt, dass im Falle eigener Hilfebedürftigkeit die nunmehr pflegebedürft-

⁸⁷ Zum Teil deutet sich ein Verständnis von Ehe als einer Art von sittlicher Verpflichtung an, die über eine bloß vertragliche Vereinbarung – welche kündbar wäre – hinausgeht und nicht an die "Wankelmütigkeit" von Emotionen gebunden ist. Zum Teil wird einfach auf den Grundsatz Bezug genommen, dass gegebene Versprechen nun einmal zu halten seien.

⁸⁸ LOBOPRABHU, MOLINARI, ARLINGHAUS, BARR & LOMAX (2005) sprechen von "delayed 'quid pro quo' reciprocity".

⁸⁹ In der englischsprachigen Literatur wird für derartige Haltungen teilweise der Begriff "familism" verwendet; er bezeichnet Positionen, die der Familie insgesamt sowie Loyalität, Vertrauen und Kooperation zwischen ihren Mitgliedern höchsten Wert beimessen (vergleiche zum Beispiel MONTORO-RODRIGUEZ & KOSLOSKI, 1998; POPENOE, 1988; VILLARREAL, BLOZIS & WIDAMAN, 2005). In Bezug auf familiäre Pflege wurden Zusammenhänge zwischen "familism" der Pflegenden und Variablen wie erlebter Belastung, Depressivität, Pflegequalität wiederholt untersucht. Dies geschah in der Regel vor dem Hintergrund eines kulturvergleichenden Ansatzes; "familism" wurde als ein in starkem Maße von kulturellen und ethnischen Zugehörigkeiten abhängiges Merkmal aufgefasst (vgl. unter anderem LOSADA, SHURGOT, KNIGHT, MARQUEZ, MONTORIO, IZAL & RUIZ, 2006; SHURGOT & KNIGHT, 2004; 2005; YOUN, KNIGHT, JEONG & BENTON, 1999). KNIGHT, ROBINSON, LONGMIRE, CHUN, NAKAO & KIM (2002) kamen in einer Metaanalyse zu dem Schluss, dass die Befunde zum Zusammenhang von "familism" und erlebter Belastung zwischen ethnischen Gruppen variieren und weiterer empirischer und konzeptueller Klärung bedürfen.

⁹⁰ "Erlebte Verpflichtung" im Sinne von STEIN, WEMMERUS, WARD, GAINES, FREEBERG & JEWELL (1998).

⁹¹ Zum Konzept der Reziprozität vgl. u.a. KOLM (2000). Insbesondere im Hinblick auf ökonomische Forschungsfragen wird unter Reziprozität meist der Umstand verstanden, dass Menschen sich als Reaktion auf freundliches Verhalten Anderer kooperativer verhalten und entsprechend auf feindseliges Verhalten unkooperativ reagieren.

tige Person ihrerseits Pflegeverantwortung übernommen hätte. Eine solche – wohl vor allem bei Ehepartnern anzutreffende - Sichtweise erinnert an den Rawlschen "Schleier des Nichtwissens" ("veil of ignorance"; RAWLS, 1971): Element der Beziehung ist die gegenseitige Zusage, dass, sollte einer der Partner pflegebedürftig werden, der jeweils andere ihn pflegen würde. Da dies grundsätzlich beide Partner treffen kann und keiner von beiden zuvor weiß, wie die Dinge sich entwickeln werden, wird eine solche Vereinbarung als fair erlebt. De facto dürfte angesichts vorherrschender Altersunterschiede zwischen Ehepartnern (wobei der Mann in der Regel etwas älter ist als die Frau) und der höheren Lebenserwartung von Frauen häufiger der Mann hiervon profitieren - und eine Chance, dies im weiteren Lebensverlauf durch einen Rollentausch auszugleichen, wird es nur in seltenen Ausnahmefällen geben.

Subjektive Grundhaltungen zur Pflege unterscheiden sich im Hinblick auf die damit einhergehende mittel- und langfristige Tragfähigkeit von Pflegebeziehungen und die Stabilität in krisenhaften Situationen. Dabei erscheinen – neben Fällen, in denen der Pflegenden offenkundig an seiner Bereitschaft und Fähigkeit zweifelt, die Pflege fortzusetzen - vor allem folgende im Interviewmaterial anzutreffende Konstellationen problematisch:

- Pflege, die aus Sicht bzw. nach Darstellung der Beteiligten keinerlei Begründung bedarf, ist in der Gefahr, keinen tragfähigen Grund mehr zu haben, wenn diese als nicht weiter begründungsbedürftig geltende Selbstverständlichkeit eines Tages in Frage gestellt wird. Die Bezugnahme auf die "Selbstverständlichkeit" familialer Pflege kann (muss aber nicht) bereits Ausdruck des Umstandes sein, dass es den Pflegenden an einer positiven subjektiven Fundierung ihres Engagements mangelt.⁹²
- Problematisch erscheinen auch Pflegekonstellationen, in denen "sekundäre Pflegemotive" – insbesondere solche ökonomischer Art - eine dominante Rolle spielen. Selbstverständlich bedeutet das bloße Vorhandensein auch wirtschaftlicher Motive⁹³ weder, dass eine Pflegebeziehung instabil ist noch, dass sie ein erhöhtes Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiko in sich birgt. Es kommt vielmehr auf die Art der ökonomischen Motivlagen sowie auf deren relativen Stellenwert gegenüber "primären Pflegemotiven" (für das Wohlergehen des Pflegebedürftigen sorgen, die eigene Verantwortung als erwachsenes Kind oder als Ehepartner wahrnehmen etc.) an. Zu den "ökonomisch motivierten familialen Pflegekonstellationen" gehören auch solche, die vor allem auf der Überzeugung der Beteiligten beruhen, sich eine andere Form der Pflege (etwa die Übersiedlung des Pflegebedürftigen in eine stationäre Altenpflegeeinrichtung oder vermehrte Unterstützung durch Hilfen im ambulanten Bereich) nicht oder zumindest nicht ohne als schmerzlich antizipierte Einbußen im Bereich des materiellen Lebensstandards leisten zu können.

Das Interviewmaterial wirft Fragen auf nach dem relativen Stellenwert und den Wechselwirkungen von Überzeugungen und Emotionen im Hinblick auf die Tragfähigkeit von Pflegebeziehungen. In manchen Fällen können möglicherweise Überzeugungen Pflegebeziehungen eine stabilere Grundlage geben als Emotionen. Von Überzeugungen – insbesondere wenn es sich um in hohem Maße identitätsrelevante handelt – geht eine Selbstverpflichtung und Selbstbindungswirkung auf den Pflegenden aus. Diese wird weiter gesteigert, wenn Überzeugungen nach außen kommuniziert werden.⁹⁴ Wichtig erscheint, dass es sich um Überzeugungen handelt, die eine intrinsische Bejahung der Übernahme von Pflegeaufgaben durch die jeweilige Person implizieren, also nicht etwa um Haltungen, die der Pflegeübernahme nur deshalb den

⁹² Derartige Bezugnahmen auf die Selbstverständlichkeit familialer Solidarität sind teilweise kulturabhängig; vgl. die Befunde des *World Values Survey* (INGLEHART, 1997; INGLEHART, BASAÑEZ & MORENO, 1998) und der OASIS-Studie.

⁹³ Ökonomische Interessenlagen in der Pflege beschränken sich nicht auf die Verfügbarkeit von Pflegegeld. Es geht auch um den unmittelbaren Zugriff auf Ressourcen des Pflegebedürftigen (Rente, Vermögen) sowie um Ansprüche und Hoffnungen auf mit der Übernahme von Pflegeverantwortung wachsende Anteile am Erbe.

⁹⁴ Wer davon überzeugt ist, dass ein einmal gegebenes Eheversprechen, einander auch in schlechten Tagen bis zum Tode beizustehen, unauflösbar ist, wer die Bedeutung, die dieses Versprechen für ihn hat, nach außen kommuniziert hat, wird kaum dahinter zurück können.

Vorzug geben, weil andere, eigentlich favorisierte Optionen als negativ bewertete Implikationen haben können.⁹⁵

Stabilität einer Pflegebeziehung ist keine Garantie, keine hinreichende Voraussetzung für hohe Qualität der Pflege, auch nicht für die Qualität der Beziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen. Sie gibt aber einen Rahmen, innerhalb dessen von und mit den Beteiligten nach pragmatischen Lösungen für auftretende Schwierigkeiten gesucht werden kann, ohne damit das Arrangement als solches in Frage zu stellen.

2.2.2.5.5. Bedeutung der Beziehungsvorgeschichte

Familiale Pflege kann nur vor dem Hintergrund der Beziehungsgeschichte der daran beteiligten Personen verstanden werden.

Fundamentale Unterschiede zwischen professioneller Pflege (im stationären wie im häuslichen Bereich) und Laienpflege durch Familienangehörige bestehen u.a. in Art und Ausmaß der durch Ausbildung und praktische Erfahrung erworbenen Kompetenz, im Grad der Exklusivität einer spezifischen Pflegebeziehung und – dies vielleicht die bedeutsamste Differenz überhaupt – in dem Umstand, dass Pflege durch Familienangehörige überwiegend vor dem Hintergrund einer mehrere Jahrzehnte, in aller Regel zumindest aber Jahre bestehenden Beziehung beginnt und ausgeübt wird. Diese Beziehungsvorgeschichte prägt die Entscheidung für oder gegen die Übernahme von Pflegeverantwortung ebenso wie die Pflegebeziehung in ihrem Verlauf. Die prämorbid Beziehungsgeschichte wird durch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit – und sei dieses Ereignis noch so gravierend in seinen Folgen für Gesundheit, funktionale Kompetenz, Kommunikation – nicht ausgelöscht. Pflegebedürftigkeit kommt in der Beziehung der Beteiligten nun als eine neue und bedeutsame Variable hinzu; in alle Interaktionen zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen fließen jedoch – insbesondere von Seiten der Pflegenden (je nach Krankheitsbild können Pflegebedürftige in ihren diesbezüglichen Handlungsoptionen eingeschränkt sein) – auch die vorangegangenen Interaktionen ein.

Auf einer beschreibenden Ebene lässt sich feststellen, dass familiäre Pflegebeziehungen sich bedeutsam in Grad und Art der Stabilität bzw. Veränderung gegenüber der prämorbid Beziehung unterscheiden. Pflegebeziehungen können – dafür bietet das Interviewmaterial anschauliche Beispiele – in grundlegenden Merkmalen gegenüber dieser prämorbid Beziehung ein angesichts der durch die Pflegebedürftigkeit reduzierten Handlungsoptionen des Pflegebedürftigen erstaunliches Maß an Stabilität aufweisen; sie können sich auch durch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit und die Übernahme von Pflegeverantwortung grundlegend verändern. In beiden Fällen ist die Vorbeziehung für die Beziehung in der Pflege von größter Bedeutung. Dies ist in Fällen von Stabilität unmittelbar evident. Aber auch in den Fällen mit gravierender Veränderung der Beziehung hängt die Art und Weise, wie die Veränderung sich vollzieht und wie mit den veränderten Rollen umgegangen wird, u.a. von Art und Qualität der Vorbeziehung ab. Intergenerationale Pflegebeziehungen unterscheiden sich voneinander in hohem Maße im Grad der Stabilität / Variabilität von generational verankerten Rollen (d.h. in der Frage, inwieweit die Kinder immer und unabänderlich Kinder, die Eltern immer Eltern bleiben). Die Kenntnis des jeweiligen Krankheitsbildes alleine beantwortet die Frage nach Stabilität, Modifikation oder gar Umkehr früherer Rollen und Machtverhältnisse keineswegs. Biographisch tradierte und verfestigte Eltern-Kind-Rollen können offenbar – auch hierfür gibt es im Interviewmaterial eindrucksvolle Belege – auf der emotionalen wie auf der kommunikativen Ebene

⁹⁵ Ein (in dieser konkreten Ausgestaltung fiktives) Beispiel: "Eigentlich wäre mein Angehöriger in einem Heim besser aufgehoben als bei mir, es hat aber keinen Sinn, mich gegen den familiären Druck aufzulehnen, der auf mich ausgeübt wird – ich könnte dem nicht standhalten" oder " (...) die Einbußen für unseren Lebensstandard wären aber so gravierend, dass ich lieber die Pflege selbst übernehme".

auch unter den Bedingungen starker funktionaler Einschränkungen und sogar demenzieller Erkrankungen in beträchtlichem Maße intakt bleiben.

In der Literatur wird seit längerem die These vertreten, dass familiäre Settings, die bereits vor Übernahme von Pflegeverantwortung durch Gewalt und ein hohes Ausmaß an Konflikten geprägt waren, ein erhöhtes Risiko haben, dass sich dies in die Phase der familiären Pflege hinein fortsetzt (vgl. u.a. HUGHES, 1997; NOLAN, 1997; SADLER, KURRLE & CAMERON, 1995; SAVEMAN, HALLBERG & NORBERG, 1996). Die Bedeutung der Beziehungs-Vorgeschichte für das Misshandlungs- und Vernachlässigungsrisiko in der familialen Pflege dürfte sich aber nicht alleine auf den Aspekt der Stabilität gewaltförmigen Verhaltens über den Eintritt von Pflegebedürftigkeit hinaus beschränken. Das Interviewmaterial gibt – in Verbindung mit theoretischen Überlegungen – Anlass zu folgenden Thesen:

- Eine Beziehung, in der vor der Pflege die "zentrifugalen" (aus der Beziehung hinaus drängenden) Kräfte überwogen, hat als Pflegebeziehung ein Risiko beiderseitiger Unzufriedenheit und daraus resultierender Konflikte und problematischer Verhaltensweisen. Beziehungen, die ohne Eintritt von Krankheit / Pflegebedürftigkeit mutmaßlich nur noch eine eng umgrenzte Dauer gehabt hätten (weil für mindestens einen der Partner eine Trennung bzw. eine Beendigung des Kontakts in seiner bisherigen Form im Raum standen), bedürfen der kritischen Prüfung im Hinblick auf ihre Tragfähigkeit als Pflegebeziehung.
- Als "explosiv" müssen familiäre Pflegekonstellationen betrachtet werden, in denen die Beziehung von der nunmehr pflegenden Person bereits vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit bzw. vor Übernahme von Pflegeverantwortung so empfunden wurde, dass Aufwand und Ertrag für sie in keinem günstigen Verhältnis standen. Wenn diese subjektive Bilanz durch die Übernahme von Pflegeverantwortung noch stärker ins Negative kippt⁹⁶ und zugleich keine Strategie zur Auflösung des Ungleichgewichts erkennbar ist, kann Gewalt gegen Pflegebedürftige in den Bereich des Möglichen rücken – dies sowohl in expressiver wie in instrumenteller Form (expressiv im Sinne von Ärgerausdruck, instrumentell im kurz- oder langfristigen Interesse der Beendigung der Beziehung).
- Als problematisch erscheinen Pflegekonstellationen, die dem von LÜSCHER (u.a. LÜSCHER 2004; 2005) beschriebenen Beziehungsmodus der "Kaptivation" entsprechen oder ihm ähnlich sind. Dieser von LÜSCHER, PAJUNG-BILGER, LETTKE & BÖHMER (2000, S. 22) mit dem anschaulichen Begriff "uneinig ausharren" charakterisierte Modus ist gekennzeichnet durch erlebte Divergenz und Konflikthaftigkeit bei gleichzeitiger Betonung der als schicksalhafte Verbundenheit erlebten Familienzusammengehörigkeit. LÜSCHER beschreibt das Bindungsverhalten in diesem Modus als geprägt von Desorganisation; im Umgang mit Kindern bestehe die Gefahr des Missbrauchs.

Weit verbreitet (und von hohem "Augenschein-Appeal") ist die Vorstellung, dass es vor allem in intergenerationalen Pflegebeziehungen eine Art von "ausgleichender Gerechtigkeit" gibt, dass also Pflegebedürftige, die früher mit ihren Kindern liebevoll umgegangen sind, im Alter eine vergleichsweise große Chance auf liebevolle Pflege durch die nun erwachsenen Kinder haben, während Menschen, die ihre Kinder lieblos, vernachlässigend oder mit Gewalt aufgezogen haben, mit Verweigerung von Pflegebereitschaft bzw. mit einer ebenfalls durch Lieblosigkeit, Vernachlässigung und Gewalt gekennzeichneten Pflege zu rechnen haben. Wenn diese Grundannahme zutrifft, werden die Grundlagen dafür, dass familiäre Pflege als liebevolle Zuwendung und verlässliche Versorgung erfolgt, lebensgeschichtlich in der Regel lange vor Beginn der Pflegebedürftigkeit gelegt und können – wenn dies versäumt wurde – kaum noch nachgeholt

⁹⁶ Diese Möglichkeit liegt angesichts der mit der Übernahme von Pflegeverantwortung regelmäßig verbundenen Belastungen und Einschränkungen der eigenen Handlungsautonomie nahe, ist aber nicht logisch zwingend. In einer Beziehung, die etwa aus Perspektive des nun pflegenden Partners prämorbid vor allem dadurch gekennzeichnet war, dass der inzwischen pflegebedürftige Partner gewalttätig war oder sich dem häuslichen Leben entzog, mögen die gesundheitlichen Einschränkungen es mit sich bringen, dass die gefühlte Bilanz zumindest im Hinblick auf diese Merkmale nunmehr positiver ausfällt.

werden. Diese intergenerationale quid pro quo-Annahme bedarf empirischer Prüfung. Sie wird durch bislang vorliegende kleinere Studien nur bedingt gestützt⁹⁷ und kann ihre Anziehungskraft unter anderem daraus beziehen, dass sie demjenigen, der diese Perspektive einnimmt (und der in aller Regel jemand ist, für den Pflegebedürftigkeit eine noch nicht eingetretene, aber reale Möglichkeit für sein eigenes weiteres Leben ist), ein Gefühl von Kontrollierbarkeit gibt ("als Pflegebedürftiger von den eigenen Kindern misshandelt zu werden, das trifft nur diejenigen, die sich selbst früher schlecht gegenüber ihren Kindern verhalten haben – also mich nicht").

2.2.2.5.6. Familiäre Demenzpflege als hochspezifisches Problemfeld

Die Pflege demenziell Erkrankter ist in mehrfacher Hinsicht ein hochspezifisches Problemfeld. Sie verändert die Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und Pflegenden in starkem Maße. Typische von Pflegenden als belastend erlebte Verhaltensweisen treten bei demenziellen Erkrankungen gehäuft auf. Demenzpflege erfordert die Fähigkeit, zu aggressivem und problematischem Verhalten des Pflegebedürftigen auf Distanz zu gehen und ihn für sein Verhalten nicht verantwortlich zu machen.

In der Forschung herrscht weitgehend Einigkeit darüber, dass die Pflege demenziell erkrankter älterer Menschen gegenüber der Pflege "nur" körperlich eingeschränkter Personen besondere Belastungen mit sich bringt (vgl. z.B. COYNE, 2001; GRÄBEL, 1998). Mit Demenzerkrankungen gehen Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen einher, damit nahezu unausweichlich auch gravierende Veränderungen der Beziehung zwischen der pflegenden und der pflegebedürftigen Person. Demenzkranke zeigen zum Teil aggressives, aus der Perspektive des Pflegenden unkooperatives Verhalten und sind primär auf Argumente setzenden Strategien der Verhaltensbeeinflussung kaum zugänglich. Aus einer kriminologischen Perspektive bringt die Demenzerkrankung eines Pflegebedürftigen vielfältige Tatbegehungs- und Tatverdeckungsmöglichkeiten mit sich. Insgesamt ist bislang empirisch nicht geklärt, ob Demenzkranke tatsächlich ein gegenüber anderen Pflegebedürftigen erhöhtes familiäres Gewaltisiko haben; die vorliegenden Befunde sind diesbezüglich nicht einheitlich und die Forschungshindernisse groß. Möglicherweise ist nicht die Demenzerkrankung als solche, sondern das damit oft, aber nicht bei jedem Kranken in gleicher Intensität und Frequenz einhergehende aggressive Verhalten der wesentliche Risikofaktor (vgl. COYNE, 2001; PANEL TO REVIEW RISK AND PREVALENCE OF ELDER ABUSE AND NEGLECT, 2003, S. 93f.).

Im vorliegenden Interviewmaterial werden u.a. folgende Aspekte der Spezifität familialer Demenzpflege sichtbar:

- Insbesondere in der Pflege eines fortgeschritten demenziell erkrankten Ehepartners setzt das Bewahren von Nähe zugleich Innovation in dem Sinne voraus, dass der gesunde (oder relativ gesündere) Partner die Beziehung zu der pflegebedürftigen Person neu definiert.
- Die Pflege demenziell Erkrankter erfordert von professionellen Pflegekräften wie von familiären Pflegepersonen die Fähigkeit, zum Verhalten des Pflegebedürftigen in dem Sinne auf Distanz zu gehen, dass es in seinen aggressiven und in anderer Weise problematischen Erscheinungsformen "nicht persönlich genommen", der Pflegebedürftige für sein Verhalten (für welches der Begriff "Handlung" vielfach nur noch bedingt angemessen erscheint) nicht bzw. nur in einem seinem Krankheitsbild angemessenen Umfang - verantwortlich gemacht wird. In diesem Sinne Distanz einzunehmen bedeutet für pflegende Angehörige (und hier möglicherweise insbesondere für Ehepartner) einen ungleich grö-

⁹⁷ Vergleiche die Studie von KORBIN, ANETZBERGER & AUSTIN (1995), die zu dem Schluss kommt, dass die Hypothese einer Gewaltweitergabe von Generation zu Generation nicht für alle intergenerationalen Gewaltformen gleichermaßen gilt. Unter Eltern, die ihre Kinder misshandelten, fanden sich deutlich mehr selbst in der Kindheit Misshandelte als unter erwachsenen Kindern, die ihre Eltern misshandelten.

Beren Schritt als für ambulante Pflegekräfte. Für Angehörige impliziert die Distanz in der Regel zugleich den (endgültigen) Abschied von der Art von Beziehung, die zu der pflegebedürftigen Person lebensgeschichtlich bestand. Eine derart abgeklärte Haltung (sinngemäß: *"Wenn Dinge nicht so sind, wie sie unter den gegebenen Umständen sein sollten, bin ich derjenige, der sich und etwas ändern muss und der dafür die Verantwortung trägt. Mein Angehöriger ist aufgrund seiner Erkrankung nicht mehr in der Lage dazu, und es ist sinnlos, ihn zu einer Verhaltensänderung drängen zu wollen."*) könnte aus psychoanalytischer Perspektive auch als eine Form von Leidabwehr durch Intellektualisierung interpretiert werden ('Flucht in die Vernunft'; die Person vermeidet unangenehme Emotionen, indem sie sich auf Tatsachen und logisches Schlussfolgern konzentriert), hat sicherlich auch Effekte im emotionalen Bereich, stellt aber wohl eher eine den besonderen Gegebenheiten bei der Pflege fortgeschritten demenziell Erkrankter angemessene Realitätskonstruktion dar.⁹⁸

- "Ambiguous losses" (vgl. BOSS, 1999; 2004; 2006) kennzeichnen viele Pflegebeziehungen, vor allem aber die Pflege von Demenzkranken. Die pflegebedürftige Person ist nicht wirklich "verloren" im Sinne von "nicht mehr existent"; sie ist aber für den Pflegenden (und für das familiale System insgesamt) nicht mehr in der Weise vorhanden, wie dies vor dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit der Fall war. Untersuchungen (BOSS, CARON, HORBAL & MORTIMER, 1990) weisen darauf hin, dass die Wahrnehmung des Pflegebedürftigen als körperlich präsent und zugleich psychisch abwesend mit erhöhter Depressivität familialer Pflegepersonen einhergeht. Die Unsicherheit, inwieweit eine Person noch zum familialen System gehört⁹⁹, wirkt belastend und bringt unklare Gefühlslagen mit sich (BOSS, 1999, S.61).
- Ein auf Angehörige von Demenzkranken ebenfalls vielfach angewandtes Konzept ist das des "anticipatory grief" oder "anticipatory mourning" (vgl. RANDO, 1986; 2000; vgl. auch ADAMS & DANDERS, 2004; MARWIT & MEUSER, 2002; MEUSER & MARWIT, 2001). Hier stehen nicht die Zweifel und Mehrdeutigkeiten, sondern die bereits lange vor dem Tod einsetzenden Verlustwahrnehmungen und die Trauer darüber im Mittelpunkt. Im Rahmen der vorliegenden Interviewstudie brachten pflegende Angehörige solche Erfahrungen eines dem physischen Tod vorausgehenden Abschieds von der Person zum Teil deutlich zum Ausdruck ("Ich habe keine Frau mehr").

2.2.2.5.7. Dominanz des Krankheitsgeschehens für Belastungserleben Pflegebedürftiger

Im häuslichen Umfeld gepflegte Pflegebedürftige leiden zumeist primär unter den die Pflegebedürftigkeit begründenden Erkrankungen, erst in zweiter Linie auch unter den konkreten Pflegebedingungen und dem Verhalten der Pflegenden.

Eine differenzierende Betrachtung derjenigen Faktoren, die das Belastungserleben Pflegebedürftiger bestimmen, ist bedeutsam im Hinblick auf die Bewertung familialer Pflege auf der Basis von Interviews mit Pflegebedürftigen ebenso wie für die Gestaltung von Konzepten zur Verbesserung der Lebenssituation Pflegebedürftiger.

⁹⁸ Das Modell von PERRY (1990; vgl. auch PERRY & COOPER, 1989) unterscheidet – aufbauend auf Freud und klassischen Arbeiten der Psychoanalyse – 28 Abwehrmechanismen, die in sieben "levels of maturity" gruppiert werden. Intellektualisierung zählt in diesem Modell zu den "obsessional defenses", die in ihrer Reife unmittelbar auf die als "mature defenses" bezeichneten Copingstrategien wie Altruismus, Humor oder Selbstvergewisserung folgen. PERRY & COOPER (1989) fanden in einer empirischen Studie keine negativen Effekte von Intellektualisierung auf psychische Funktionen.

⁹⁹ BOSS verwendet hierfür das Konzept der "boundary ambiguity" (in der Bedeutung von "ambiguity regarding a family member's presence or absence in the family system", BOSS, 2002, p. 94).

Zu den unmittelbar krankheitsbezogenen Stressoren gehören – so die bisherigen Auswertungen des Interviewmaterials –

- Schmerzen und andere als belastend erlebte Krankheitssymptome (z.B. Schlafstörungen)
- der Verlust eigener Kraft und Fähigkeiten
- Autonomieverluste, erlebte Unselbstständigkeit, Abhängigkeit, Angewiesensein auf fremde Hilfe
- das Wissen um die Irreversibilität der erlittenen Einschränkungen und um den progredienten Charakter vieler Erkrankungen
- die Unvorhersehbarkeit des Krankheitsverlaufs im konkreten Fall.

Daneben zeigen sich Belastungsfaktoren, deren Bedeutung an das Vorliegen einer schweren Erkrankung bzw. Behinderung geknüpft sind, die sich jedoch nicht unmittelbar und zwingend aus der Erkrankung, sondern erst aus einer Interaktion mit Person- und / oder Umweltfaktoren ergeben. Dazu gehören

- die Monotonie von Tagesabläufen
- Reizarmut, sensorische Deprivation¹⁰⁰
- Mangel an sinnerfüllter alltäglicher Aktivität
- eine insgesamt fehlende sinnhafte Lebensperspektive
- das Grübeln über Erkrankungsursachen („warum gerade ich?“)
- Einsamkeit / soziale Isolation
- Sorge, den Pflegenden zur Last zu fallen
- das krankheitsbedingte Unvermögen, aus der Rolle des "immer nur Nehmenden" hervorzutreten
- Gefühle der Scham und Peinlichkeit (insbesondere wegen Inkontinenz)
- Furcht vor eines Tages nicht mehr abwendbarer Heimübersiedlung
- Gefühle der Fremdheit und des Nicht-Heimisch-Seins im familialen Pflegesetting.

Bei einer dritten Gruppe von Belastungsfaktoren schließlich wird Interaktionspartnern eine aktivere (bzw. in manchen Bereichen aus der Perspektive des Pflegebedürftigen zu passive) Rolle zugeschrieben. Zu den beschriebenen Belastungen gehören:

- das Erleben von Fremdbestimmung; die Wahrnehmung, an Entscheidungen nicht beteiligt zu werden
- Leiden an infantilisierenden Verhaltensweisen von Familienmitgliedern¹⁰¹
- als unzureichend erlebte Pflege, Hilfe und Unterstützung durch die direkt an der Versorgung beteiligten Familienmitglieder
- Rückzug von Teilen der Familie; Verweigerung von Unterstützung; als unzureichend erlebte Kontaktfrequenz und –intensität
- "Ausdünnung" auch des außerfamilialen sozialen Netzwerks seit Beginn der Pflegebedürftigkeit
- Konflikte mit pflegenden und nicht-pflegenden Familienangehörigen.

¹⁰⁰ Die Vorstellung, dass sensorische Deprivation eine der negativen Begleiterscheinungen insbesondere stationärer Pflege ist, findet u.a. im 'Snoezelen'-Konzept einer gezielten sensorischen Stimulation ihren Niederschlag (vgl. dazu u.a. GRAF, 2006; MINNER, HOFFSTETTER, CASEY & JONES, 2004; SCHOFIELD & DAVIS, 1998).

¹⁰¹ Zu infantilisierenden Tendenzen im Umgang mit älteren und pflegebedürftigen Menschen vergleiche u.a. DOLINSKY (1984), GRONEMEYER (1987), HEPWORTH (1996), SALARI & RICH (2001), WHITBOURNE, CULGIN & CASSIDY (1995), ferner die Arbeiten von SACHWEH (1998a; 1998b; 1999; 2000; 2001; 2002). Bisherige empirische Arbeiten beziehen sich vor allem auf entsprechende Kommunikationsformen in der stationären Pflege.

- als unzureichend erlebte medizinische Behandlung
- als unzureichend erlebte pflegerische Versorgung durch professionelle Kräfte
- mangelnde Mitbestimmungsmöglichkeiten bei der Auswahl konkreter Pflegekräfte; der Zwang, sehr engen physischen Kontakt auch durch als wenig sympathisch erlebte Pflegerinnen und Pfleger hinnehmen zu müssen.

Die Frühphase der Pflegebedürftigkeit ist insbesondere in Fällen, in denen sie plötzlich und nicht vorhersehbar eintritt, eine kritische Zeit. Wiederholt berichten Pflegende wie Pflegebedürftige über aggressive Impulse und aggressives Verhalten der Pflegebedürftigen, gekoppelt mit Depressivität, Verzweiflung, Abwehr gegen die Erkenntnis der durch die Erkrankung eingetretenen Funktionseinschränkungen und Einbußen an Lebensqualität.¹⁰² Inwieweit derartige Phänomene auftreten, dürfte u.a. abhängig sein von der Art der Erkrankung, der jeweiligen Prognose und den Funktionseinschränkungen, ferner von Lebenssituation, Alter und Bewältigungsstrategien der unmittelbar betroffenen Person.

2.2.2.5.8. Multidimensionalität der Belastungen pflegender Angehöriger

Die Belastungen pflegender Angehöriger sind vielfältig. Sie ergeben sich nicht nur aus der Beanspruchung durch die pflegerische Arbeit selbst und aus problematischem Verhalten des Pflegebedürftigen, sondern auch aus der Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person, aus Qualität und Quantität der Unterstützung durch das familiäre und sonstige Umfeld.

Dass familiäre Pflege für pflegende Angehörige gravierende Belastungen mit sich bringt, wird in der Literatur seit langem immer wieder hervorgehoben¹⁰³. Einschlägige Studien beschreiben vor allem negative Konsequenzen für die Gesundheit der Pflegenden (erhöhte Infektanfälligkeit, Herz-Kreislauf-Erkrankungen), ihr Wohlbefinden (erhöhte Depressivität) und ihre Sozialkontakte. Die amerikanische *Caregiver Health Effects Study* (SCHULZ & BEACH, 1999) fand bei familiären Pflegepersonen eine gegenüber vergleichbaren Personen ohne Pflegeaufgaben deutlich erhöhte Sterblichkeit. Recht eindeutig erscheint die Befundlage auch im Hinblick darauf, dass nicht allein die gesundheitliche Verfassung des Pflegebedürftigen und der Zeitaufwand für die Pflege das Ausmaß der Belastung determinieren. Pflegende erleben besondere Belastungen, wenn die Beziehung zu der gepflegten Person bereits vor Übernahme von Pflegeverantwortung problematisch war (HAMEL et al., 1990), wenn sie sich schuldig fühlen oder ihre Lebenssituation als außerhalb ihrer Kontrolle liegend erleben, wenn sie ungeeignete Bewältigungsstrategien wie Alkoholkonsum, Rauchen und übermäßiges Essen wählen, wenn die pflegebedürftige Person sich ihnen gegenüber aggressiv und gewalttätig verhält (QUAYHAGEN, QUAYHAGEN, PATTERSON, IRWIN, HAUGER & GRANT, 1997).

¹⁰² In der Literatur werden solche Phänomene vor allem in Bezug auf Schlaganfälle (als plötzlich auftretenden und mit massiven Funktionseinschränkungen gekoppelten Erkrankungen) beschrieben – dort unter dem Begriff der "Post-stroke depression" (PSD; vergleiche GAWRONSKI & REDING, 2001; HERRMANN, 1992). KIM, CHOI, KWON & SEO (2002) beschreiben das Symptombild der "inability to control anger or aggression" bei etwa einem Drittel der von ihnen untersuchten Schlaganfallpatienten. SCHEIDT & SCHWINDT (1992) heben hervor, dass Funktionseinschränkungen durch Schlaganfall eine starke narzisstische Kränkung bedeuten, die mit geringem Selbstwert und Gefühlen der Wut und Verzweiflung einhergeht. Bedeutsam sind Plötzlichkeit und Unvorhersehbarkeit des Krankheitsbeginns; die resultierende körperliche Abhängigkeit bringt Angst und leichte Kränkbarkeit mit sich. Nach HAGER & ZIEGLER (1998) erfordert die Bewältigung von Schlaganfallerkrankungen einen Trauerprozess, der ähnlich wie bei anderen Ereignissen in Phasen verläuft (Nichtwahrhaben-Wollen, emotionale Ausbrüche, 'Verhandeln' mit dem Schicksal, Depression, Akzeptanz; Phasen des Trauerprozesses ursprünglich von KÜBLER-ROSS, 1969, beschrieben). NILSSON, JANSSON & NORBERG (1999) charakterisieren die Bewältigung einer derartigen Erkrankung als existenzielle Erfahrung, die in Interviews mit Patienten als eine Art "Kampf in der Dunkelheit" in einer Extremsituation beschrieben wird.

¹⁰³ Stellvertretend für eine große Zahl von Publikationen: ANTHONY-BERGSTONE, ZARIT & GATZ (1988), BAILE, NORBECK & BARNES (1988), CHIRIBOGA, WEILER & NIELSEN (1989), ZARIT, TODD & ZARIT (1986).

Auf einer konzeptuellen Ebene lassen sich – gestützt auf das Interviewmaterial – nachstehende Formen von Belastungen pflegender Angehöriger unterscheiden:

- (A) unmittelbar mit Art und Grad der Pflegebedürftigkeit in Verbindung stehende Belastungen
- (B) Belastungen, die primär vor dem Hintergrund von Merkmalen des pflegenden Angehörigen zu sehen sind (gesundheitliche Verfassung, pflegerische Kompetenzen, Einstellungen zur Pflege, soziale und organisatorische Kompetenzen etc.)
- (C) mit der im konkreten Fall realisierten Form familialer Pflege einhergehende Belastungen
- (D) primär beziehungsbasierte (das heißt in diesem Fall in der Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person verankerte) Belastungen
- (E) Belastungen, die sich in erster Linie aus Qualität und Quantität der Unterstützung durch das familiäre und sonstige private Umfeld ergeben
- (F) Belastungen in Zusammenhang mit dem formellen Hilfe- und Unterstützungssystem.

Dieser Kategorisierung folgend werden in den Interviews u.a. folgende Belastungen pflegender Angehöriger erkennbar:

(A) unmittelbar pflege- und krankheitsbezogene Belastungen

- körperlich schwere Pflegearbeit
- Schlafentzug durch nächtlichen Pflegebedarf des Angehörigen
- die bisweilen sehr lange, sich im Einzelfall über Jahrzehnte erstreckende Dauer familialer Pflege
- mit Pflege verbundene organisatorische Aufgaben (Antragstellung etc).
- der Umgang mit Inkontinenz der pflegebedürftigen Person
- Ohnmacht gegenüber Krankheit / Krankheitsverlauf
- Leiden an "Entwürdigung" des Angehörigen durch die Krankheit
- Sorgen um die weitere gesundheitliche Entwicklung des Pflegebedürftigen
- im Einzelfall: Belastung durch gleichzeitige Pflege mehrerer Personen.

(B) belastende Faktoren in der Person des pflegenden Angehörigen

- eigene gesundheitliche Probleme (auch: zusätzlich gesundheitliche Einbußen durch Pflege)
- eigene Defizite im Bereich pflegerelevanter Kompetenzen (betrifft nicht nur unmittelbar pflegerisches Können und Wissen, sondern z.B. auch Kompetenzen im Umgang mit Pflegekassen, Behörden etc.)
- die Furcht, der Pflege eines Tages nicht mehr gewachsen zu sein

(C) Belastungen in Zusammenhang mit dem konkreten Pflegearrangement, seinen Begleiterscheinungen und Auswirkungen

- Zwang zu häuslicher Dauerpräsenz; damit Einschränkung der Bewegungsfreiheit
- Monotonie des Pflegealltags
- zeitliche Vorstrukturierung und Inflexibilität des Pflegealltags
- Aufgabe des Berufes
- durch Pflege erzwungene Aufgabe anderer Interessen und Aktivitäten
- Einschränkungen des Lebensstandards durch Pflegeübernahme

- Belastungen durch gleichzeitige Berufstätigkeit (und die sich daraus ergebenden Koordinationszwänge mit Pflegeaufgaben)
- Belastungen durch parallele Erziehungsaufgaben

(D) Belastungen durch Verhalten des Pflegebedürftigen gegenüber dem pflegenden Angehörigen sowie in der Beziehung pflegender Angehöriger - pflegebedürftige Person

- Fremdbestimmung durch Verhalten und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person
- krankheitsbedingt aggressives Verhalten der pflegebedürftigen Person
- mürrisches und unfreundliches Verhalten der pflegebedürftigen Person; fehlende Dankbarkeit für Pflege- und Hilfeleistungen
- mangelnde Kooperation, mangelnde Compliance bei der Pflege
- realitätsinadäquates, teils selbst- und fremdgefährdendes Verhalten; wahnhaftes Verkennen und entsprechende Verhaltensweisen
- eingeschränkte bzw. fehlende Kommunikationsmöglichkeiten mit der pflegebedürftigen Person; dies sowohl im Hinblick auf Verständigung in Alltagsdingen als auch im Sinne einer als schwierig oder unmöglich erlebten Fortsetzung einer bedeutungsvollen Beziehung zu der pflegebedürftigen Person; fehlende befriedigende Kommunikation¹⁰⁴
- gestörter Schlaf-Wach-Rhythmus, der vom Pflegenden entsprechende Anpassungsleistungen verlangt
- depressive Symptomatik auf Seiten des Pflegebedürftigen und dieser Symptomatik entsprechendes Verhalten
- Einschränkungen, welche mit dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit im Hinblick auf die gemeinsame weitere Lebensführung verbunden sind; Pläne und Hoffnungen für die Gestaltung der nachberuflichen Phase sind durch die Erkrankung eines der Partner vielfach obsolet geworden

(E) Belastungen in Zusammenhang mit Unterstützung durch das private Umfeld

- mangelnde Unterstützung durch Familie und andere Personen¹⁰⁵
- primär strategische Mitwirkung von Familienmitgliedern an Pflege und Unterstützung (möglichst geringer Aufwand, um zu demonstrieren, dass man beteiligt ist, dass man seinen Verpflichtungen nachkommt bzw. um sich durch das Erbringen von Pflegeleistungen in eine günstigere Position im Hinblick auf Erbe / Zugriff auf Vermögen zu bringen)
- Ausdünnung und Abbruch sozialer Kontakte in Folge von Pflegebedürftigkeit und Pflegeübernahme

¹⁰⁴ Zur Belastung Pflegenden wie Pflegebedürftiger durch unbefriedigt bleibende kommunikative Bedürfnisse vergleiche FRIED, BRADLEY, O'LEARY & BYERS (2005).

¹⁰⁵ Erwachsene Kinder sowie Geschwister der Pflegenden werden von diesen – das wurde in Interviews deutlich – offenbar häufig so wahrgenommen, dass sie keinen ihrer verwandtschaftlichen Beziehung zum Pflegebedürftigen entsprechenden Beitrag leisten. INGERSOLL-DAYTON, NEAL, HA & HAMMER (2003) analysieren den Umgang von Pflegenden mit als unbillig erlebter Arbeitsteilung unter Geschwistern in Bezug auf Pflege der Eltern; rund zwei Drittel der von ihnen untersuchten Geschwisterbeziehungen wurden von den Pflegenden als unbalanciert beurteilt; INGERSOLL-DAYTON et al. (2003) unterscheiden eine aktiv-handelnde Strategie des Umgangs mit erlebter Inequity ("attempts to forge actual equity", p.206) von einer Strategie, die durch Veränderung eigener Wahrnehmungen und Bewertungsmaßstäbe Unbilligkeitswahrnehmungen reduziert ("attempts to forge psychological equity", p.207); letzteres geschah in der Studie unter anderem unter Bezugnahme auf Geschlecht, beruflichen Status, räumliche Entfernung, konkurrierende familiäre Verpflichtungen oder spezifische Persönlichkeitsmerkmale des Bruders bzw. der Schwester. BRODY, HOFFMAN, KLEBAN & SCHOONOVER (1989) berichten, dass Brüder von Frauen, die ihre Mütter pflegen, weniger Unterstützung leisten als Schwestern der Pflegenden; stärkere Pflegebedürftigkeit der Mutter ging in dieser Studie einher mit mehr negativ getönten Interaktionen zwischen Geschwistern und geringerer emotionaler Nähe innerhalb der Familien.

- Belastung der Beziehung zum Partner durch die Pflege eines Familienmitglieds
- Belastung anderer familiärer Beziehungen durch Pflege eines Familienmitglieds
- Konflikte mit Familienmitgliedern um deren Beitrag zur Pflege¹⁰⁶

(F) Belastungen durch das formelle Hilfe- und Unterstützungssystem

- Auseinandersetzungen mit den Pflegekassen um Leistungen
- ungenügende Berücksichtigung der Bedürfnisse Demenzkranker in der Pflegeversicherung
- schlechte Behandlung Pflegebedürftiger durch Ärzte und medizinische Einrichtungen bzw. durch pflegerische Dienste und Einrichtungen
- unhöfliches, als respektlos empfundenes Verhalten von Pflegekräften gegenüber pflegenden Angehörigen
- Beeinträchtigung der familialen Privatsphäre durch regelmäßige Anwesenheit von Pflegekräften in der häuslichen Sphäre¹⁰⁷
- als unzureichend erlebte personelle Kontinuität der Pflegekräfte¹⁰⁸
- als unzureichend erlebte zeitliche Flexibilität von Pflegekräften / Pflegediensten; mangelnde zeitliche Passung von Bedarf und Leistung (mit den Worten eines pflegenden Angehörigen: *"wenn ich sie brauche, dann können sie nicht, und wenn sie können, dann brauche ich sie nicht"*)
- Pflegenden Angehörigen erleben mitunter Pflegekräfte als defizitär im Hinblick auf
 - pflegerische Kompetenz¹⁰⁹
 - Arbeitsmotivation
 - Fähigkeit und / oder Bereitschaft zu individualisierter Pflege
 - Fähigkeit und / oder Bereitschaft zu einem kooperativen Arbeitsverhältnis mit Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen
- fehlende Transparenz des existierenden Hilfesystems; es fehlt an unabhängigen "Lösen" durch den "Dschungel" der vorhandenen Angebote; Angehörige erleben sich diesbezüglich als alleine gelassen
- geringe Verfügbarkeit spezialisierter Hilfen im ländlichen Raum
- das Gefühl, als pflegendes Familienmitglied von den Experten und Institutionen des "medizinisch-industriellen Komplexes" nicht ernst genommen zu werden.

¹⁰⁶ 40% der von STRAWBRIDGE & WALLHAGEN (1991) befragten erwachsenen pflegenden Kinder (n=100) berichteten von schwerwiegenden Konflikten mit einem anderen Familienmitglied; dabei ging es vor allem um als defizitär erlebte Hilfe und Unterstützung. Pflegenden mit familialen Konflikten erwiesen sich auch bei Kontrolle anderer Variablen als stärker belastet und in schlechterer psychischer Verfassung als Pflegenden ohne entsprechende Erfahrungen.

¹⁰⁷ Pflege unter Nutzung ambulanter Dienste bedeutet für die von Pflegebedürftigkeit betroffene Familie stets auch eine Reduktion der Privatsphäre. Dies muss nicht negativ erlebt werden (insbesondere dann nicht, wenn Menschen sozial isoliert und depriviert sind und das Eindringen Fremder in die private Sphäre eher als Bereicherung denn als Beeinträchtigung erleben), es kann aber Ausgangspunkt für vielfältige Konflikte sein.

¹⁰⁸ Vgl. auch die Studie von BERG, SKOTT & DANIELSON (2006).

¹⁰⁹ In den Interviews erwiesen sich ambulante Pflegekräfte in einigen Fällen über die Krankheitsbilder der KlientInnen erstaunlich schlecht informiert - und dies bei zum Teil mehrjährigen Kontakten. Mehrfach wurde die Frage nach dem Vorliegen einer demenziellen Erkrankung bei der pflegebedürftigen Person mit Nichtwissen beantwortet - auch unter Verweis darauf, dass die pflegebedürftige Person "nicht viel sage".

Über eine solche Aufzählung von Stressoren und Belastungsformen pflegender Angehöriger hinaus verdienen folgende Aspekte besondere Erwähnung:

1. Insgesamt erfordert der Eintritt von Pflegebedürftigkeit von Pflegebedürftigen wie familial Pflegenden in hohem Maße akkommodative wie assimilative Coping-Fähigkeiten.¹¹⁰ Zuvor wertgeschätzte Aktivitäten und verfolgte Ziele rücken vielfach in den Bereich des nicht mehr Realisierbaren (bzw. für den Pflegenden: des jedenfalls nicht mit der verantwortungsvollen Fortführung der übernommenen Pflegeaufgaben zu Vereinbarenden) und machen daher akkommodative Zielanpassungen erforderlich. Zugleich verlangt die Übernahme von Pflegeverantwortung den Erwerb neuer Kompetenzen, eine veränderte Alltagsorganisation, vielfach die bauliche Umgestaltung des Wohnumfeldes etc.
2. In gewisser Weise gemeinsam ist Pflegenden und Pflegebedürftigen das Erleben von Unfreiheit und Fremdbestimmung. Bei den Pflegebedürftigen beruht dieses Erleben in erster Linie direkt auf den die Pflegebedürftigkeit begründenden funktionalen Einschränkungen (reduzierte Mobilität und Motorik, verminderte Kraft, eingeschränkte sprachliche Fähigkeiten, Konzentration etc.), bei den Pflegenden spielen auch die konkrete Ausgestaltung des Pflegearrangements und die Beziehung zur pflegebedürftigen Person eine Rolle. Zu den Elementen des "Erlebens von Unfreiheit" gehören der Zwang zu dauernder oder jedenfalls zeitlich ausgedehnter Präsenz in der Nähe des Pflegebedürftigen und die damit einhergehende Reduktion des Aktionsradius und nicht direkt pflegebezogener Aktivitäten. Tagesabläufe werden als vorstrukturiert und monoton erlebt. Insgesamt erfahren Pflegende vielfach eine starke Einschränkung von Handlungsoptionen und ein hohes Maß an Fremdbestimmung durch Verhalten und Bedürfnisse der pflegebedürftigen Person.
3. Im Erleben der Pflege insgesamt und auch im Belastungserleben bestehen gravierende Unterschiede zwischen der Pflege demenziell erkrankter Personen und der Pflege "lediglich" infolge körperlicher Einschränkungen Pflegebedürftiger.¹¹¹ Typische von Pflegenden als belastend erlebte Verhaltensweisen der pflegebedürftigen Person (aggressives Verhalten, auf Verkennungen der Realität fußendes Verhalten, Verhalten, welches als unfreundlich und undankbar wahrgenommen wird, mangelnde Kooperation bei Pflegehandlungen) sind zwar nicht spezifisch für demenzielle Erkrankungen, treten aber dort gehäuft auf.¹¹² Der Beaufsichtigungs- und Betreuungsaufwand ist in der Demenzpflege höher als bei körperlich beeinträchtigten Personen. Die Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen ist erschwert, die üblicherweise befriedigenden / belohnenden Aspekte der Kommunikation mit einer vertrauten und geschätzten Person zumindest reduziert.¹¹³
4. Besondere Belastungen für Angehörige von Demenzkranken gehen auch von dem Umstand aus, dass ihnen oft der Zugang zur subjektiven Realität des Kranken versperrt erscheint. Demenzkranke sind vielfach nicht mehr in der Lage, die Ziele ihres Handelns in einer für den Pflegenden nachvollziehba-

¹¹⁰ Das Bewältigungsmodell von Brandtstädter (vgl. u.a. BRANDTSTÄDTER & GREVE, 1992; 1994; BRANDTSTÄDTER & ROTHERMUND, 1994; ROTHERMUND, DILLMANN & BRANDTSTÄDTER, 1994) unterscheidet einen assimilativen von einem akkommodativen Bewältigungsmodus. Während assimilative Strategien im Umgang mit Belastungen und Problemen auf eine Veränderung der problematischen Umweltfaktoren abzielen, zeichnet der akkommodative Bewältigungsmodus sich durch Modifikationen persönlicher Ziele und Präferenzen angesichts wahrgenommener Einbußen und Verluste aus.

¹¹¹ Zu Belastungsunterschieden in der Pflege Demenzkranker und nicht Demenzkranker vergleiche u.a. DELLO BUONO et al. (1999), PHILP, MCKEE & MELDRUM (1995).

¹¹² Zu "challenging behaviors", "difficult behaviors", "problem behaviors" (oder wie immer die diesbezüglichen Labels lauten mögen) vergleiche u.a. GWYTHYR (1994), MACE & RABINS (1991), ROBINSON, SPENCER & WHITE (1994).

¹¹³ Es stellt sich die Frage, ob das kritische (belastungserhöhende) Merkmal die Demenz ist oder die sehr starke Veränderung von Kommunikationsmöglichkeiten und -erfordernissen oder das mit demenziellen Erkrankungen vielfach einhergehende problematische Verhalten oder der große Beaufsichtigungsaufwand – oder gerade die Kombination dieser Merkmale bzw. Merkmalskomplexe (letzteres wäre für Demenzerkrankungen relativ spezifisch).

ren Weise zu kommunizieren und reagieren mit Frustration und Verärgerung, wenn Pflegende sie von ihrem Weg abzubringen versuchen.¹¹⁴

5. Langjährige Pflege kann wie ein "Tunnel" wirken, in dem der Blick für die Außenwelt, die Kontakte nach außen und das Spektrum von Interessen und Aktivitäten außerhalb der Pflege immer mehr schwinden. Die Gefahr erscheint besonders groß in Fällen von Langzeitpflege durch den – selbst im Verlauf der Pflege älter werdenden und in der Regel Einbußen an seiner Gesundheit und Leistungsfähigkeit erleidenden Ehepartner –, wenn es an einem – privaten oder auch professionellen – Umfeld fehlt, das unterstützend und korrigierend eingreift.
6. Pflegende wie Pflegebedürftige leiden unter den immer wieder berichteten "Absetzbewegungen" des sozialen Umfelds – sowohl von Familienmitgliedern (insbesondere Geschwistern und Kindern) als auch von Freunden und Bekannten. Die ohnehin im Alter zu beobachtende Verkleinerung sozialer Netzwerke¹¹⁵ wird offenbar in manchen Fällen durch Pflegebedürftigkeit und Pflege stark beschleunigt. Die Reduktion sozialer Kontakte vollzieht sich den Berichten der Befragten zufolge auf mehreren Ebenen und vor unterschiedlichen Hintergrundfaktoren:
 - Pflegenden Angehörigen fehlt es an Zeit zur Pflege von Kontakten; außerhäusliche Aktivitäten können nicht oder jedenfalls erst nach entsprechendem Arrangement der Betreuung des Pflegebedürftigen wahrgenommen werden. Ist die Pflege zur alles Andere dominierenden Lebensaufgabe geworden, reduzieren sich oftmals auch die Gesprächsthemen, an denen Pflegende sich beteiligen können. Pflegende Angehörige können damit für Dritte zu relativ unattraktiven Interaktionspartnern werden.
 - Die reduzierte oder fehlende Mobilität der pflegebedürftigen Person und die mit den funktionalen Einschränkungen einhergehende Reduktion des Aktivitätenspektrums wirken als "Kontakt- und Kommunikationshemmnisse".
 - Das soziale Umfeld reagiert mit Unsicherheit auf Pflegebedürftige und schwer Erkrankte; bei kognitiv oder sprachlich eingeschränkten Patienten entstehen Kommunikationsprobleme, mit denen Freunde und Bekannte nicht immer umgehen können (und wollen).
 - Angehörige hegen Befürchtungen, bei Kontakten zu der Pflegenden selbst "in die Pflicht genommen zu werden" und möchten sich diesem "Risiko" nicht aussetzen.
 - Pflegebedürftigkeit, schwere und unheilbare Erkrankungen sind Ereignisse, mit denen Personen aus dem sozialen Umfeld möglichst nicht konfrontiert werden möchten, da dies Ängste in Bezug auf das eigene künftige Schicksal schüren kann.

¹¹⁴ In der Literatur dominiert die Tendenz, einerseits die scheinbare Bedeutungs- und Zusammenhangslosigkeit des Kommunikationsverhaltens Demenzkranker hervorzuheben, andererseits zu betonen, dass ihre Äußerungen sehr wohl bedeutsame Botschaften transportieren können und dass Angehörige (oder auch Pflegekräfte) darin unterstützt und geschult werden können, diese Inhalte zu dechiffrieren. So spricht KLIE (2005, S.3) davon, dass die Welt von Menschen mit Demenz "trotz ihrer Unzugänglichkeit eine uns bereichernde sein kann, zumindest wenn wir sie analog verstehen und ein Ja zur Mehrdeutigkeit sagen können". Das Konzept der Validation (vgl. FEIL, 1992; BLEATHMAN & MORTON, 1996) zielt darauf ab, die subjektive Realität von Demenzkranken anzuerkennen und auf der Ebene der zum Ausdruck gebrachten Emotionen zu reagieren, ohne den Kranken in seiner Realitätswahrnehmung zu korrigieren, vielmehr den Versuch zu unternehmen, seinen Bezugsrahmen zu verstehen, wie chaotisch auch immer er zunächst anmuten mag (vgl. zur Kommunikation mit Demenzkranken u.a. auch ACTON, MAYHEW, HOPKINS & YAU, 1999; HENDRYX-BEDALOV, 2000; MAYHEW, ACTON, YAU & HOPKINS, 2001; TAPPEN, WILLIAMS-BURGESS, EDELSTEIN, TOUHY & FISHMAN, 1997).

¹¹⁵ Vgl. dazu u.a. FERRING & FILIPP (1999), HILL & DUNBAR (2003), VAN TILBURG (1995; 2003). Die Studie von AARTSEN, VAN TILBURG, SMITS & KNIPSCHER (2004) zeigt differentielle Effekte physischen und kognitiven Abbaus; während sich verstärkende körperliche Einschränkungen mit einer Erweiterung des Unterstützer-Netzwerks einhergehen, ist bei kognitiven Abbauprozessen eine gegenläufige Entwicklung zu beobachten.

- Unsicherheiten bezüglich der Reaktionen des Umfelds auf die Erkrankung, auch mit der Erkrankung verbundene Scham¹¹⁶, können bei Pflegenden und Pflegebedürftigen zu Zurückhaltung im Bereich der Sozialkontakte führen ("sich nicht aufdrängen wollen").
7. Bei familialen Pflegepersonen ist in unterschiedlichen Spielarten die Wahrnehmung festzustellen, in ihrer Aufgabe und Leistung durch Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen und auf der politischen Ebene nicht hinreichend ernst genommen, gewürdigt und respektiert zu werden. Diese Wahrnehmung hat mehrere Facetten und Bezugspunkte:
- Verhalten von Pflegedienstmitarbeitern wird zum Teil als respektlos und unhöflich wahrgenommen.
 - Der Umgang von Pflegenden mit den Pflegekassen und dem Medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekassen ist zum Teil von der Wahrnehmung geprägt, sich alle Versicherungsleistungen und Hilfen erst gegen Widerstände erkämpfen zu müssen.
 - Damit einher geht die in zahlreichen Interviews berichtete Erfahrung, bei der Suche nach geeigneten Hilfen (seien es nun Pflege-, Betreuungs- oder Beratungsdienste, technische Hilfsmittel oder auch neue therapeutische bzw. diagnostische Verfahren) weitgehend alleine gelassen zu werden.

Insgesamt entsteht bei pflegenden Angehörigen zum Teil der Eindruck, eine schwere und gesellschaftlich bedeutsame Aufgabe übernommen zu haben und darin nicht entsprechend gewürdigt und unterstützt zu werden. Pflegende wünschen sich, dass die von ihnen geleistete Arbeit als solche gesellschaftlich wie auch vom näheren sozialen Umfeld anerkannt wird. Das heißt nicht unbedingt und jedenfalls nicht nur, dass die finanzielle Alimentierung familialer Pflege verbessert werden sollte; die Wünsche beziehen sich auch auf den Respekt und die wohlwollende Unterstützung, die ihnen von der Öffentlichkeit, dem Gesundheitssystem, dem sozialen Umfeld entgegengebracht werden. Bei manchen Gesprächspartnern war der Wunsch erkennbar, Pflege im häuslichen Bereich als eine mit beruflicher Erwerbstätigkeit vergleichbare Form von Arbeit anerkannt zu sehen.

8. Verfügbare Hilfen und Entlastungen für Pflegende und Pflegebedürftige werden – darauf weisen Äußerungen der Befragten hin – zum Teil nicht in Anspruch genommen, weil
- ein familiales Pflegesystem die dafür erforderlichen Ressourcen nicht aufbringen kann oder aufbringen will (Konkurrenz zwischen der Familie einerseits und Dienstleistern zufließenden SGB XI-Leistungen andererseits)
 - Bedarf und Angebot nicht zueinander finden (Intransparenz der lokal/regional meist in großer Zahl vorhandenen Hilfeangebote im Bereich der häuslichen Pflege – Vielzahl von Anbietern, intransparente Struktur des Hilfeangebots insgesamt, fehlende unabhängige Beratung)¹¹⁷
 - Einstellungen der Pflegenden oder Pflegebedürftigen die Inanspruchnahme externer Hilfen erschweren oder verhindern (Exklusivitätsansprüche und –normen im Hinblick auf Versorgung durch die Familie).
9. Im Zuge der weiteren Interviewanalysen liegt im Hinblick auf erlebte Belastungen eine Auswertung unter Bezugnahme auf das Geschlecht der jeweiligen Personen nahe. Familiäre Pflege stellt sich auch

¹¹⁶ Den Freunden und Bekannten den nun verwirrten Ehemann nicht präsentieren wollen; Furcht vor Anstoß erregendem, z.B. sexuell enthemmtem Verhalten eines Demenzkranken (vgl. dazu ALEXOPOULOS, 1994) in der Öffentlichkeit.

¹¹⁷ Die Palette der Hilfen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige ist bereits heute - vor allem in großstädtischen Regionen - breit. Woran es vielfach mangelt, sind professionelle, von ökonomischen Interessen weitestgehend unabhängige Information und Orientierung über das vorhandene Angebot. Es bedarf niedrigschwelliger Einrichtungen, die in kompetenter Weise eine "Lotsenfunktion" für Pflegende und Pflegebedürftige übernehmen (vgl. dazu u.a. GÖRGEN, KOTLENGA & NÄGELE, 2004).

in den vorliegenden Interviews in erster Linie als weibliche Arbeit¹¹⁸ dar. Soweit private Pflegeaufgaben von Männern übernommen werden, geht es ganz überwiegend um die Pflege der Ehefrau. Die männlichen Pflegenden haben in der Regel die Phase der Erwerbstätigkeit biographisch bereits hinter sich gelassen. Dementsprechend finden sich Hinweise auf Konflikte zwischen pflegerischen Aufgaben einerseits und Berufstätigkeit bzw. Erziehungsaufgaben andererseits vorwiegend in Interviews mit pflegenden Frauen.

Die bisherige Forschungslage zur Geschlechtsbezogenheit pflegerischer Be- und Überlastung ist nicht ganz eindeutig. Die Ergebnisse der französischen Pixel-Studie (vgl. THOMAS, CHANTION-MERLET, HAZIF-THOMAS, BELMIN, MONTAGNE, CLEMENT, LEBRUCHEC & BILLON, 2002; THOMAS, LALLOUÉ, PREUX, HAZIF-THOMAS, PARIEL, INSCALE, BELMIN & CLÉMENT, 2006) weisen für den Bereich der Demenzzpflege auf eine besonders niedrige Lebensqualität und eine erhöhte Depressivität weiblicher Pflegenden hin. Andererseits findet sich in der einschlägigen Literatur zur Situation pflegender Männer (vergleiche u.a. CARPENTER & MILLER, 2002; FROMME et al., 2005; HOUDE, 2001; KRAMER, 2000; 2002; STOLLER, 2002; THOMPSON, 2002) wiederholt die Annahme, dass pflegende Männer in besonderem Maße von sozialer Isolation betroffen seien und dass sie die erlebte Belastung gegenüber der sozialen Umwelt wie auch in Befragungen nur zurückhaltend zum Ausdruck bringen.

Insgesamt ist im Hinblick auf die Analyse pflegerischer Belastungen auf Basis der vorliegenden Interviews festzustellen, dass die Studie pflegende Angehörigen erreicht, denen es zumindest bis zum Interviewzeitpunkt gelungen ist, die erlebten Belastungen zu bewältigen bzw. ihnen standzuhalten und die Pflegebeziehung fortzusetzen (sonst wären sie – als nicht mehr aktuell Pflegende – nicht in die Stichprobe gelangt). Insofern stellen die Interviewbefunde im Hinblick auf die Vereinbarkeit von Belastung und Fortführung der Pflege eine positive Auswahl dar. Unterrepräsentiert dürften sowohl diejenigen pflegenden Angehörigen sein, die bereits bei einem vergleichsweise moderaten Belastungsniveau "aus der Pflegebeziehung aussteigen" und nach Alternativen (z.B. Übersiedlung des Pflegebedürftigen in eine stationäre Einrichtung) suchen als auch jene Extremfälle, die "an der Pflege zerbrechen", bis zur völligen Erschöpfung pflegen und schließlich dazu nicht mehr in der Lage sind (wenngleich beide Konstellationen natürlich grundsätzlich in der Stichprobe vertreten sein können – dann allerdings in der Phase vor "Ausstieg" bzw. "Zusammenbruch").¹¹⁹

2.2.2.5.9. "Rewards of caregiving"

Pflege bringt für Pflegende nicht nur Belastungen, sondern auch vielfältige Möglichkeiten zu Belohnungen und Gewinnen mit sich. Dazu gehören eine Steigerung des Selbstwerts, das Erleben von Sinn in einer großen Aufgabe, Anerkennung und Zuwendung, die Chance, biographisch nicht verwirklichte Optionen innerhalb einer Beziehung unter durch die Pflegebedürftigkeit veränderten Bedingungen zu realisieren, schließlich auch finanzielle Belohnungen.

Während die Belastungsthematik die pflegebezogene Forschung seit langem kontinuierlich begleitet, tritt erst in den letzten Jahren auch der Aspekt der mit Pflege für die familial Pflegenden verknüpften "Gewinne" in den Vordergrund.¹²⁰

¹¹⁸ Vergleiche zur "gendered division of labour" u.a. ESTES (1986), JECKER (2001), PHILLIPSON (1998).

¹¹⁹ Nicht vertreten sind natürlich auch jene Angehörigen älterer Pflegebedürftiger, welche die Übernahme von Pflegeverantwortung für sich von vornherein abgelehnt haben.

¹²⁰ Zu den "rewards of caregiving" vergleiche unter anderem ANDRÉN & ELMSTÅHL (2005), FOLEY, TUNG & MUTRAN (2002), NIJBOER, TEMPELAAR, SANDERMAN, TRIEMSTRA, SPRUIJT & VAN DEN BOS (1998), SANDERS (2005), VELTMAN, CAMERON & STEWART (2002).

Zu diesen möglichen Gewinnen gehören

- eine Steigerung des Selbstwerts (Stolz auf die eigene Leistung, Stolz darauf, den Belastungen stand zu halten etc.),
- das Erleben von Sinn in einer großen Aufgabe (dies kann gerade in einer biographischen Phase von Bedeutung sein, in der vorangegangene "große Aufgaben" – wie Berufstätigkeit und Kindererziehung - weggefallen sind),
- Anerkennung und Zuwendung durch den Pflegebedürftigen wie durch das soziale Umfeld,
- die Chance, biographisch nicht genutzte / nicht realisierte Optionen unter durch den Eintritt von Pflegebedürftigkeit veränderten Bedingungen zu realisieren.

Pflegebedürftigkeit und Pflege können neue Beziehungsqualitäten produzieren, können Beziehungen eine neue Intensität und Intimität geben (dies insbesondere in Fällen, in denen mit Pflegeübernahme eine neue oder erneute Koresidenz einhergeht, wenn etwa die Mutter nach Jahrzehnten wieder in einem gemeinsamen Haushalt mit der Tochter oder überhaupt in deren Nähe lebt). Hierzu kann die durch Eintritt von Pflegebedürftigkeit nahe gelegte Auseinandersetzung mit der Endlichkeit des Lebens und dem in Sichtweite gerückten Abschied von einer nahe stehenden Person in dem Sinne beitragen, dass die noch verbleibende Zeit besonders geschätzt und bewusst erlebt und genutzt wird.¹²¹

Optionen, biographisch Versäumtes oder Vermisstes nachzuholen, bieten sich vor allem in der Pflege zwischen Kindern und Eltern. Nähe, die lebensgeschichtlich vermisst wurde, kann möglicherweise in einer Pflegebeziehung unter veränderten Bedingungen realisiert werden, indem Pflege und Pflegebedürftigkeit für die Interaktionspartner einen Interpretationsrahmen schaffen, in welchem Handlungen und Interaktionsformen, die zuvor unweigerlich zu Konflikten geführt hätten, für die Beteiligten akzeptabel werden. So kann für ein "lebenslang an der elterlichen Liebe zweifelndes Kind" die Übernahme von Pflegeverantwortung die Möglichkeit eröffnen, gegenüber dem nun pflegebedürftigen Elternteil eine Position ein- und eine Aufgabe zu übernehmen, die im Gegenzug zwar nicht unbedingt Liebe, aber doch Dankbarkeit und Anerkennung sichert bzw. zu sichern verspricht.¹²²

¹²¹ Hier bieten sich Bezüge zu den Postulaten der "Socioemotional Selectivity Theory" an (vgl. CARSTENSEN, 1992; CARSTENSEN, ISAACOWITZ & CHARLES, 1999; FUNG & CARSTENSEN, 2004; FUNG, CARSTENSEN & LANG, 2001; LANG, STAUDINGER & CARSTENSEN, 1998; LÖCKENHOFF & CARSTENSEN, 2004). Zu den Grundannahmen dieser Theorie gehört es, dass Wahrnehmungen einer sich verkürzenden Zeitperspektive im Alter zu Reorganisationen subjektiver Zielhierarchien in dem Sinne führen, dass Zielen, die dem Leben emotionale Bedeutung verleihen, höhere Priorität eingeräumt wird. Da Alter und "subjektive Restlebenszeit" praktisch eng miteinander verknüpft sind, ergeben sich alterskorrelierte Zielpräferenzen; in der Theorie ist jedoch nicht das Alter als solches sondern der individuelle Zeithorizont die entscheidende Größe. Das im Alter bei sich insgesamt verschlechternder Gesundheit oftmals erstaunlich stabile oder sogar sich steigernde Wohlbefinden wird auch vor dem Hintergrund derartiger Zielreorganisationen gesehen. Veränderungen sozialer Netzwerke (in der Regel Reduktionen der Zahl der das Netzwerk konstituierenden Personen) werden nicht zwangsläufig als Verluste, sondern auch als erfolgreiche Anpassungen (im Sinne einer Konzentration auf wirklich bedeutsame Kontakte) interpretiert.

¹²² Allerdings bieten Pflegebeziehungen die Option, biographisch Versäumtes nachzuholen, nicht nur in einem positiven Sinne. Sie eröffnen grundsätzlich auch die Möglichkeit, unter durch Eintritt von Pflegebedürftigkeit veränderten Machtverhältnissen "offene Rechnungen" zu begleichen.

2.2.2.5.10. Soziale Isolation als Risikofaktor für problematische Pflegekonstellationen

Soziale Isolation einer Pflegedyade erhöht in mehrfacher Hinsicht das Risiko, dass es zu problematischen, das Wohlergehen des Pflegebedürftigen (vielfach auch des Pflegenden) gefährdenden Situationen kommt.

Häusliche Pflegearrangements unterscheiden sich in starkem Maße im Grad ihrer sozialen Einbindung, ihrer Vernetzung mit Familie, Nachbarschaft, Freundes- und Bekanntenkreis, ehrenamtlichen und professionellen Hilfeangeboten etc. Dabei kann soziale Isolation bereits vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit bestanden haben, kann sich aber auch mit einer Pflegebeziehung entwickeln oder dadurch verstärkt werden. Soziale Isolation häuslicher Pflegesettings kann – darauf weisen die bisherigen Sichtungen des Interviewmaterials hin – in mehrfacher Hinsicht ein Risikofaktor für problematische Entwicklungen in der familialen Pflege sein (zu sozialer Isolation und sozialer Unterstützung in der familialen Pflege vgl. u.a. DRENTEA, CLAY, ROTH & MITTELMAN, 2006; MCKEE ET AL., 1997; STOLTZ, UDEN & WILLMAN, 2004; UPTON & REED, 2006):

- Soziale Isolation bedeutet zugleich, dass es der Pflegedyade an Hilfe und Unterstützung von außen mangelt. Ohne Unterstützungsnetzwerke müssen zwangsläufig sämtliche Probleme und Anforderungen innerhalb der Pflegedyade gelöst werden. Dies erhöht sowohl die Wahrscheinlichkeit unzureichender Pflege als auch gravierender Überlastung der Pflegeperson. Auch wenn Überlastung sicher nicht als alleinige Ursache von Misshandlungsvorkommnissen in der familialen Pflege betrachtet werden kann, dürfte sie in manchen Bereichen das Risiko entsprechender Viktimisierungen erhöhen.
- Soziale Isolation der Pflegedyade kann insbesondere in langjährigen Pflegebeziehungen zu einer Relativierung von Verhaltensmaßstäben und zu einer gewissen normativen Entkoppelung von der Außenwelt führen. Pflegebeziehungen können, wenn der Austausch mit der sozialen Umwelt fehlt, im Hinblick darauf, welche Verhaltensweisen als richtig oder falsch, akzeptabel oder inakzeptabel zu gelten haben, ein Eigenleben entwickeln, das dem Wohlergehen von Pflegebedürftigen und Pflegenden nicht zuträglich ist.
- Schließlich bedeutet soziale Isolation zugleich fehlende informelle Sozialkontrolle; die Wahrscheinlichkeit, dass Probleme und Missstände rechtzeitig entdeckt werden und dass dagegen handelnd etwas unternommen wird, sinkt, wenn Außenkontakte fehlen.

2.2.2.5.11. Häusliche Pflege und Tatgelegenheitsstrukturen

Pflege im häuslichen Kontext bietet aus einer kriminologischen Perspektive geradezu "paradiesische" Tatbegehungs- und Tatverdeckungsmöglichkeiten.

Unter einer Tatgelegenheitsstrukturperspektive¹²³ stellen sich häusliche Pflegesettings aufgrund einer Kombination mehrerer Merkmale zunächst einmal als geradezu "ideale" Tatsettings dar:

- Die Pflege vollzieht sich im privaten, den Blicken der Öffentlichkeit weitgehend entzogenen Raum.
- Bei den potenziellen Opfern handelt es sich um pflege- und hilfebedürftige Personen, die zu einer Gegenwehr gegenüber einem möglichen Täter nicht oder nur eingeschränkt in der Lage sind (und – vor allem soweit es um Eigentums- und Vermögensdelikte geht – die Viktimisierung möglicherweise nicht bemerken bzw. nicht eindeutig als solche erkennen).

¹²³ Zu derartigen Ansätzen vergleiche unter anderem CLARKE (1997), CORNISH & CLARKE (2003), FELSON & CLARKE (1998), HOCHSTETLER (2001), KUBE (1990), WORTLEY (1998).

- Das Risiko des Täters, dass seine Tat Dritten (sei es das private Umfeld des Opfers, seien es relevante Institutionen) bekannt wird und er deshalb Sanktionen erfährt, ist gering. Insbesondere demenziell erkrankte Personen dürften kaum in der Lage sein, entsprechende Maßnahmen zu initiieren.
- Pflege impliziert körperliche Nähe; körperliche Nähe schafft – insbesondere im Bereich der Gewaltdelikte – Tatgelegenheiten.
- Im Bereich der Gewaltdelikte (bis hin zu Tötungen) sind Täter tendenziell dadurch geschützt, dass Deliktsfolgen von Folgen der – oftmals multiplen – Erkrankungen sowie von Folgen nicht gewaltbedingter Verletzungen bisweilen nur schwer zu unterscheiden sind. Gegenüber hochaltrigen und pflegebedürftigen Opfern besteht die Erwartung, dass sie gesundheitlich, intellektuell oder funktional eingeschränkt sind, dass es ihnen im Verlauf der Zeit schlechter gehen wird und dass sie sterben werden. Potenzielle Viktimisierungsfolgen liegen somit innerhalb dieses durch die Konzepte "Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Leiden, Tod" aufgespannten Bezugsrahmens.¹²⁴
- Soweit es um Vernachlässigung geht, sind die deliktischen Handlungen Unterlassungen, die per definitionem (als "Nicht-Handeln") oftmals nicht beobachtet werden können, sondern erst anhand ihrer Folgen zu diagnostizieren sind.

Tatgelegenheitskonzepte lassen sich am besten auf den Bereich der Eigentums- und Vermögensdelikte anwenden. Das Motiv, sich mit wenig Aufwand in den Besitz finanzieller Ressourcen - welche wiederum mannigfaltige Handlungsspielräume eröffnen - zu versetzen, kann wohl als universell verbreitet gelten, bedarf jedenfalls keiner gesonderten Erklärung und kann daher unmittelbar mit Überlegungen zu Tatgelegenheiten verknüpft werden. Im Hinblick auf die finanzielle Ausbeutung Pflegebedürftiger - sowohl durch Angehörige als auch durch ambulante Pflegekräfte - bestehen große Tatbegehungs- und Tatverdeckungsmöglichkeiten. Einzelne bekannt gewordene Fälle lassen ein beträchtliches Dunkelfeld und eine große Vielfalt der Tatbegehungsformen vermuten. Lediglich stichwortartig seien hier genannt:

- das Ausnutzen privater wie professionell begründeter Vertrauensverhältnisse (als pflegender oder auch nicht mit Pflege befasster Angehöriger, als Pflegekraft, als gesetzlicher Betreuer), des damit möglichen Zugriffs auf Eigentum und Vermögen des Pflegebedürftigen einerseits und des "Schutzes", den die "prosoziale Rollenzuschreibung" bietet, andererseits
- das Ausnutzen von Demenzerkrankungen, Orientierungs- und Gedächtnisproblemen auf Seiten des Pflegebedürftigen – Umstände, welche die Tatbegehung erleichtern und die Tatentdeckung und einen erfolgreichen Tatnachweis unwahrscheinlicher machen
- die gegenüber anderen Tatkontexten aus vielfältigen Gründen gesteigert vorhandenen Möglichkeiten, "weiche" und gegebenenfalls schwer nachzuweisende Begehungsformen zu wählen (so wurde etwa in einem Interview über einen Fall berichtet, in dem eine Pflegekraft über längere Zeiträume hinweg von

¹²⁴ Grundsätzlich muss auch von der Möglichkeit ausgegangen werden, dass es gegenüber familial gepflegten Personen zu Erscheinungsformen des Münchhausen-by-proxy-Syndroms kommt. Bei dieser bislang nahezu ausschließlich in Bezug auf Kinder thematisierten subtilen Form der Misshandlung täuschen Erwachsene gegenüber Dritten Erkrankungen ihrer Kinder vor bzw. bringen den Kindern entsprechende Symptome bei, um medizinische Behandlung in Anspruch nehmen zu können, Anerkennung als "schwer geprüfte Eltern" zu finden, das Verhalten des Kindes zu kontrollieren etc. (vgl. dazu u.a. AYOUB et al., 2002; BOOLS, NEALE & MEADOW, 1994; HELFER, KEMPFE & KRUGMAN, 2002; KELLER, NOEKER, HILLIGES, LENARD & LENTZE, 1997; KRUPINSKI, SOYKA, TUTSCH-BAUER & FRANK, 1995; NOEKER & KELLER, 2002). BEN-CHETRIT & MELMED (1998) haben einen Fall von Münchhausen-by-proxy gegenüber einer 73-jährigen Frau beschrieben: eine pflegerisch ausgebildete Tochter verabreichte ihrer Mutter während eines Krankenhausaufenthaltes wiederholt Insulin, um so die Entlassung und die Rückkehr in den Haushalt zu verzögern. SMITH & ARDERN (1989) schildern einen Fall bei einem älteren Paar; hier war der (69-jährige) männliche Partner der Symptomträger, seine 55-jährige Partnerin hatte wiederum einen pflegerischen beruflichen Hintergrund. Innerhalb von vier Jahren wurde der Mann mit unterschiedlichsten Symptomen insgesamt 25 ärztlichen Teams vorgestellt. Die Autoren interpretieren den Fall vor dem Hintergrund der Beziehungsdynamik des Paares als *Münchhausen-by-proxy-Syndrom*: "In order to show how necessary she is to her friend, she needs him to be ill. The more obscure or severe the symptoms are, the more he needs her 'expert' help." (S. 331)

einer pflegebedürftigen Person immer wieder Geld als "Kredit" erhielt, offensichtlich aber keine ernsthaften Bestrebungen unternahm, diesen "Kredit" auszugleichen, die Sache sich vielmehr so darstellte, dass die Pflegekraft auf eine "biologische Lösung" ihres Gläubigerproblems und auf die Nichtentdeckung der Tat hoffte).

2.2.2.5.12. Perspektiven der Anwendung von Tatgelegenheitsstrukturkonzepten auf familiäre Pflege

Die Anwendung des Konzeptes der Tatgelegenheitsstruktur auf häusliche Pflegebeziehungen ist grundsätzlich erhellend; gerade in diesem Handlungsfeld und im Hinblick auf Misshandlung und Vernachlässigung stößt das Konzept jedoch auch rasch an Grenzen, die eine differenzierende Betrachtung erforderlich machen.

In einem über die Feststellung "aus Tätersicht grundsätzlich paradiesischer Tatgelegenheiten" hinausgehenden gedanklichen Schritt erscheint die Anwendbarkeit eines Tatgelegenheitsstrukturkonzeptes gerade auf familiäre Pflegebeziehungen problematisch. Tatgelegenheitsstrukturmodelle setzen das Vorhandensein eines Motivs für deliktisches Handeln im Grunde voraus (im Sinne kriminologischer *control theories*¹²⁵, aus deren Perspektive nicht die Frage bedeutsam ist, warum Menschen Straftaten begehen, sondern warum – da doch das erfolgreiche Begehen von Straftaten den individuellen Nutzen des Täters maximiert – nicht alle Menschen permanent strafrechtliche Normen übertreten). Im Hinblick auf familiäre Pflegebeziehungen erscheint das grundsätzliche Vorhandensein eines dominanten Motivs der individuellen Nutzenmaximierung auch auf Kosten des Pflegebedürftigen begründungsbedürftig, da dieser Typus von Beziehung gerade darauf beruht (oder zu beruhen scheint), dass die pflegende Person die Verfolgung eigener Ziele im Interesse des Wohlergehens der pflegebedürftigen Person zurückstellt.

Grundsätzlich kann daher von einem Antagonismus zwischen für Pflegebeziehungen konstitutiven Motiven der Fürsorge, der Hilfe, der Pflege, des Schutzes einerseits und für deliktische Handlungen charakteristischen Motiven andererseits ausgegangen werden. Dies wirft die Frage auf, unter welchen Bedingungen innerhalb einer Pflegebeziehung Motivlagen existieren oder sich entwickeln können, bei denen sich die Frage nach sich bietenden Tatgelegenheiten überhaupt stellt.

Im häuslichen Umfeld Gepflegte dürften dann ein hohes Viktimisierungsrisiko haben, wenn bei einer - privaten oder professionellen - Pflegeperson ein Tatmotiv (im Sinne des Bestrebens, dem Pflegebedürftigen Leid oder Schaden zuzufügen) vorliegt. Pflegebedürftige können sich in aller Regel selbst schwer gegen Viktimisierungen zur Wehr setzen, und wirksame Kontrollen durch Dritte (seien es Personen oder Institutionen) sind in diesem Umfeld allenfalls in begrenztem Umfang (oder um den Preis inakzeptabler Nebeneffekte und Folgekosten) zu implementieren.

Hilfreich können Tatgelegenheitsstrukturkonzepte daher vor allem im Hinblick auf Konstellationen der folgenden Art sein:

1. Fälle, in denen die pflegerische Motivation vorgeschoben oder jedenfalls nicht durchgängig vorhanden ist, in denen es dem Akteur vor allem darum geht, sich zu bereichern bzw. die pflegebedürftige Person zu schädigen und die Bedingungen, welche sich in der häuslichen und familialen Pflege bieten, als günstiges Tatsetting vorgefunden oder sogar aufgesucht bzw. hergestellt werden. In der privaten wie der professionellen Pflege mag das zunächst als eine nicht sehr wahrscheinliche Konstellation erscheinen, doch sind gravierende Fälle bekannt, in denen genau solches geschehen ist.¹²⁶

¹²⁵ Vgl. zur Unterscheidung von strain- und control-Ansätzen in der Kriminologie VOLD, BERNARD & SNIPES (2002).

¹²⁶ So beschreiben KÄFERSTEIN, MADEA & STICHT (1996) den Fall einer im Raum Köln ambulant tätigen Altenpflegerin, die wegen der Tötung von fünf Frauen sowie eines Mannes im Alter von 80 bis 88 Jahren nach § 211 StGB verurteilt wurde. Die wegen Eigentumsdelikten vorbestrafte Täterin hatte sich offenbar am Besitz der von ihr getöteten PatientInnen bereichert. Lediglich in einem dieser Fälle entstand frühzeitig ein Vergiftungsverdacht, so

2. Fälle, in denen Pflegemotiv und Schädigungsmotiv sich auf jeweils unterschiedliche Bereiche beziehen (insbesondere: Person versus Vermögen); das Ergreifen einer sich bietenden Gelegenheit, sich zu bereichern, steht nicht zwingend im Widerspruch zu einer dominierenden pflegerischen, um das – zumindest körperliche – Wohlbefinden der Person besorgten Motivation
3. Fälle, in denen sich im Rahmen einer "originär echten Pflegebeziehung" im Verlauf der Zeit oder zumindest zu einem bestimmten Zeitpunkt ein Motiv entwickelt, die pflegebedürftige Person zu schädigen bzw. ihr Leid oder Schmerzen zuzufügen
4. Fälle, in denen Emotionen und Motivstruktur einer Person gegenüber einem konkreten Pflegebedürftigen oder auch gegenüber Pflege, Pflegebedürftigkeit und pflegebedürftigen Personen insgesamt durch ein hohes Maß an Ambivalenz und Widersprüchlichkeit gekennzeichnet sind, in denen daher das Handlungsziel "Pflege" und das Handlungsziel "Schädigung" nebeneinander bestehen können¹²⁷
5. schließlich Fälle, in denen die dominierende Pflegemotivation kurzfristig zu Gunsten des Bestrebens zurücktritt, die pflegebedürftige Person zu verletzen oder in anderer Weise zu schädigen.

Bei der letztgenannten Fallkonstellation wirken Tatgelegenheitsstrukturkonzepte gewissermaßen sekundär erhellend – nachdem zuvor mittels anderer Konzepte nachvollziehbar gemacht worden ist, wie es zu dem

dass bald nach dem Tod eine Obduktion durchgeführt wurde, wobei eine Vergiftung nachgewiesen werden konnte. In allen anderen Fällen war zunächst ein „natürlicher Tod“ bescheinigt worden.

Im November 2001 verurteilte das Landgericht Bremen einen 32-jährigen Krankenpfleger wegen fünffachen Mordes zu lebenslanger Haft und erkannte auf eine besondere Schwere der Schuld. Der Mitarbeiter eines ambulanten Pflegedienstes in Bremerhaven war im Mai 2001 wegen Unterschlagung entlassen worden. Er hatte danach innerhalb kurzer Zeit fünf Frauen zwischen 80 und 90 Jahren, die er zuvor als Pfleger betreut hatte, in ihren Wohnungen ermordet und beraubt. Seine Beute belief sich den Ermittlungen zufolge insgesamt auf DM 4.900. Von dem Geld hatte der verschuldete Mann u.a. Kontakte zu einer Prostituierten finanziert (vgl. HÖCHSTSTRAFE FÜR OLAF DÄTER, 2001).

Im März 2004 verurteilt das Landgericht Stuttgart eine 48-jährige Frau wegen Mordversuchs an zwei pflegebedürftigen 79 und 80 Jahre alten Frauen zu zehn Jahren Haft. Die Verurteilte hatte u.a. diese beiden vermögenden Frauen in ihrer Wohnung aufgenommen und gepflegt. Beide Frauen hatten die Verurteilte vor ihrem Tod als Erbin eingesetzt. Aus diesen und ähnlichen Erbschaften waren der Frau und ihrem Ehemann große Geldsummen zugeflossen. Die beiden verstorbenen Frauen waren vor ihrem Tod in einem sehr verwahrlosten Zustand, hatten an starker Austrocknung gelitten und waren von der dafür nicht ausgebildeten Frau unsachgemäß versorgt worden. Da sich die Todesursache im Verfahren nicht mehr mit hinreichender Sicherheit ermitteln ließ, wurde die Frau lediglich wegen Mordversuchs verurteilt. Im Oktober 2004 verwarf der 1. Strafsenat des Bundesgerichtshofes die Revision der Angeklagten gegen dieses Urteil als unzulässig (vgl. BGH BESTÄTIGT ZEHNJÄHRIGE HAFTSTRAFE FÜR «TODESENDEL», 2004; ZEHN JAHRE HAFT FÜR "PFLEGERIN", 2004).

¹²⁷ In einem aktuellen Fall aus Hannover, zu dem auch im Rahmen der Studie ein Interview (mit Verantwortlichen des betroffenen Pflegedienstes) geführt werden konnte, liegt die Vermutung nahe, dass solche ambivalenten und höchst widersprüchlichen Emotionen und Motive eine Rolle spielten. Berichtet wurde über extrem aggressives, brutal-sadistisches Handeln einer 36-jährigen männlichen Pflegekraft gegenüber einer 86-jährigen alleinlebenden hochgradig demenzkranken Frau. Der Täter hatte die Frau fortgesetzt gedemütigt, gequält und dabei an den Rand des Todes gebracht. Darüber hinaus hatte es verschiedene Beschwerden und Hinweise auf ruppiges Verhalten gegenüber anderen Pflegebedürftigen gegeben, ferner Bitten einiger hochaltriger Frauen, sie möchten von dieser Pflegekraft nicht mehr gewaschen, geduscht oder gebadet werden (da ihnen sein Verhalten dabei unangenehm sei). Der Täter wurde durch Aufnahmen einer vom Pflegedienst mit Zustimmung des Sohnes der Pflegebedürftigen installierten Überwachungskamera überführt. Er wurde im Interview mit dem Leitungsteam des Pflegedienstes als eine Person mit einem sehr reduzierten sozialen Leben geschildert; er sei kinderlos, habe keine Partnerin, habe seine Freizeit im Wesentlichen mit seinen Eltern verbracht. Die "Pflegestresshypothese" wurde von den Gesprächspartnern als bekannte Interpretationsfolie in den Raum gestellt und sogleich verworfen (u.a. vor dem Hintergrund, dass man mit dem Täter regelmäßig über seine Belastung, seinen Spaß an der Arbeit etc. gesprochen habe); zudem wurde berichtet, auf den Videobändern hätten Verhalten und Mimik des Mannes den Eindruck vermittelt, dass es ihm Spaß gemacht habe, sein Opfer zu quälen und zu demütigen. Möglicherweise wurden in den Taten ambivalente (positive und negative) Emotionen, die sich primär auf die eigenen Eltern richteten, stellvertretend in der Beziehung zu den Pflegebedürftigen ausgelebt; mit einer solchen Interpretation ließen sich die einerseits offen aggressiven, andererseits möglicherweise erotisch getönten Verhaltensweisen gegenüber den alten KlientInnen erklären. Im Mai 2006 wurde der Mann vom Amtsgericht Hannover wegen Misshandlung einer Schutzbefohlenen und gefährlicher Körperverletzung zu einer vierjährigen Freiheitsstrafe verurteilt und zudem mit einem lebenslangen Berufsverbot für den Bereich der Altenpflege belegt (vgl. PATIENTIN MISSHANDELT: HAFT FÜR ALTENPFLEGER, 2006; VIER JAHRE HAFT FÜR ALTENPFLEGER AUS HANNOVER WEGEN QUÄLEREI, 2006).

Impuls einer deliktischen Handlung (insbesondere einer Gewalttat) kam. In Bezug auf situativ-impulsiv aggressives Handeln von Angehörigen oder Pflegekräften können Tatgelegenheitsstrukturkonzepte zum Beispiel nachvollziehbar machen, dass ein Handlungsimpuls mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit unterdrückt worden wäre, hätte es sich um ein nicht pflegebedürftiges Opfer gehandelt oder wären Zeugen zugegen gewesen, dass es gegenüber nicht pflegebedürftigen Opfern oder in einem weniger abgeschlossenen Raum bei einer einmaligen Tatbegehung anstelle wiederholter Viktimisierungen geblieben wäre, da der Akteur durch die Ersttat Sanktionen auf sich gezogen hätte. Tatgelegenheitskonzepte können ferner zum Verständnis von Fällen beitragen, in denen eine Absicht, den Pflegebedürftigen zu schädigen, zwar vorhanden, aber eher schwach ausgeprägt ist und in Konkurrenz zu anderen Motiven steht. Hier können situative (Tatgelegenheits-) Merkmale den Ausschlag dafür geben, ob ein solches Motiv handlungsrelevant wird oder latent bleibt.

2.2.2.5.13. Auf dem Weg zu einer ereignisorientierten Typologie der Viktimisierung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich

Im Hinblick auf das Konzept "Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen (bzw. häuslichen) Pflege" ist es erforderlich, Fallgruppen zu unterscheiden.

Unter einer Vielzahl von Gesichtspunkten erscheint es erforderlich, im Hinblick auf das Konzept "Misshandlung und Vernachlässigung in der familialen (bzw. häuslichen) Pflege" Falltypen bzw. Fallgruppen zu unterscheiden. Fälle familialer Misshandlung (bzw. Vernachlässigung) gegenüber Pflegebedürftigen unterscheiden sich nicht nur phänotypisch auf der Ebene der beobachtbaren Handlungen (bzw. Unterlassungen), sondern auch hinsichtlich der Tatschwere, der Genese der Tat, der Präventionsmöglichkeiten und der Zugänglichkeit für die Forschung (um nur einige zentrale Merkmale zu nennen).

Im Folgenden wird – vor dem Hintergrund des Interviewmaterials sowie konzeptueller Überlegungen – ein erster Versuch unternommen, eine Typologie von Viktimisierungsvorkommnissen zu formulieren, von welchen ältere Pflegebedürftige im häuslichen Bereich betroffen sein können. Diese Typologie wird im Verlauf der weiteren Analysen in der Auseinandersetzung mit dem empirischen Fallmaterial modifiziert, weiterentwickelt, gegebenenfalls auch durch einen grundsätzlich anderen Ansatz ersetzt werden (zum Prozess der Typenbildung vgl. u.a. KELLE & KLUGE, 1999; KLUGE, 1999; 2000).

Für den Bereich der Gewalt in Paarbeziehungen – der durch eine ähnliche Heterogenität gekennzeichnet ist und mit der hier behandelten Thematik die Lokalisierung in der häuslichen Sphäre und die enge Beziehung zwischen Gewaltausübenden und Gewaltbetroffenen gemeinsam hat – hat sich u.a. die Differenzierung zwischen *common couple violence* und *intimate terrorism*¹²⁸ als fruchtbar erwiesen (dies nicht zuletzt

¹²⁸ JOHNSON & FERRARO (2000, S. 949f.) unterscheiden zwei Grundmuster von Gewalt in Partnerschaften, die sie mit den Begriffen (und Abkürzungen) "common couple violence" (CCV) und "intimate terrorism" (IT) belegen. Die Typologie geht auf JOHNSON (1995) zurück (vgl. auch JOHNSON, 2001). Während bei *common couple violence* Männer und Frauen als Betroffene wie als Akteure in Erscheinung treten, ist das Erscheinungsbild von *intimate terrorism* davon geprägt, dass Männer diejenigen sind, die Gewalt einsetzen, um ihre Partnerinnen zu unterdrücken; ursprünglich hatte Johnson nicht von *intimate terrorism*, sondern von *patriarchal terrorism* gesprochen. *Common couple violence* ist nicht in ein umfassendes Muster kontrollierenden Verhaltens integriert, sondern entsteht im Kontext einer konkreten Auseinandersetzung zwischen den Partnern. CCV zeigt keine Eskalationstendenz über die Zeit hinweg, nimmt selten sehr schwere Formen an, ist häufig bidirektional und wird als typische Gewaltform bei Befragungen allgemeiner Bevölkerungsstichproben identifiziert. In Verhaltensmustern, die sich als *intimate terrorism* charakterisieren lassen, ist Gewaltanwendung lediglich eine taktische Variante eines umfassenden Systems, das dazu dient, das Verhalten der Partnerin zu kontrollieren. Im Unterschied zu CCV zeigt IT eine Eskalationsneigung über die Zeit hinweg, die Wahrscheinlichkeit schwerer Verletzungen ist groß. Die Gewaltausübung ist in der Regel einseitig. JOHNSON & FERRARO (2000) heben hervor, dass nicht die Schwere der ausgeübten Gewalt das entscheidende Differenzierungskriterium zwischen CCV und IT ist: "The distinguishing feature of IT is a pattern of violent and nonviolent behaviors that indicates a general motive to control" (S. 949).

im Hinblick auf die Aufklärung scheinbar widersprüchlicher Erkenntnisse zur Verteilung von Täter- und Opferrollen zwischen den Geschlechtern; vgl. dazu die Metaanalysen von ARCHER, 2000a; 2002, ferner u.a. die Arbeiten von FRIEZE, 2000; HEYMAN, FELDBAU-KOHN, EHRENSAFT, LANGHINRICHSEN-ROHLING & O'LEARY, 2001; O'LEARY, 2000; WHITE, SMITH, KOSS & FIGUEREDO, 2000, sowie die Replik von ARCHER, 2000b).

Die in der deutschen wie internationalen *elder abuse*-Literatur gebräuchliche¹²⁹ Differenzierung zwischen "physischer Gewalt", "psychischer Misshandlung/verbaler Aggression", "pflegerischer Vernachlässigung" etc. ist im Hinblick auf eine deskriptive Phänomenologie der Viktimisierung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich sinnvoll, für eine auch analytisch weiterführende Fallgruppierung aber nicht hinreichend und liegt zumindest teilweise quer zu einer Typologie der hier ins Auge gefassten Art. Die Klassifikation stellt einerseits die Unterscheidung zwischen Viktimisierung durch aktives Tun (Misshandlung) sowie durch Unterlassen gebotener Handlungen (Vernachlässigung) in den Vordergrund, andererseits das Merkmal der Handlungs- bzw. Wirkungsebene (insbesondere die Differenzierung zwischen physischen und nicht-physischen Handlungen und Auswirkungen dieser Handlungen).

Eine Aufgliederung von Fällen ließe sich vornehmen anhand zweier miteinander verknüpfter Merkmale:

- des Vorliegens oder Nichtvorliegens einer Intention des Täters, die pflegebedürftige Person zu schädigen
- des situationsgebundenen oder über eine spezifische situative Bedingungskonstellation hinausgehenden Charakters eines Schädigungsmotivs.

Eine Klassifikation anhand dieser Merkmale legt eine Unterscheidung von drei Typen nahe, die sich vorläufig folgendermaßen umschreiben lassen:

- Typus 1: "Nicht auf Schädigung des Betroffenen abzielendes problematisches Verhalten gegenüber Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld"

Typische Beispiele für diesen Falltypus wären etwa Vernachlässigung eines Pflegebedürftigen aus Unwissen oder aus völliger Überforderung (möglicherweise gepaart mit motivationalen Hemmnissen, Hilfe von Dritten anzunehmen), die Zufügung körperlicher Schmerzen, um den Widerstand des Pflegebedürftigen gegen als notwendig erachtete Pflegehandlungen zu überwinden oder Einschränkungen der Bewegungsfreiheit des Pflegebedürftigen mit dem Ziel, diesen dadurch vor Selbst- oder auch Fremdgefährdungen zu schützen.

Der Falltypus schließt große Teile dessen ein, was Pflegebedürftige in Interaktionen mit Pflegepersonen als "daily hassles"¹³⁰ erleben mögen. Im Ergebnis kann es sich hierbei um für den Pflegebedürftigen in hohem Maße unangenehme, schädliche oder ihn gefährdende Verhaltensweisen handeln. Auf Täterseite besteht ihre Gemeinsamkeit darin, dass das Handeln des jeweiligen Akteurs frei war von dem Bestreben, dem Pflegebedürftigen Schaden zuzufügen, ihn zu verletzen oder in seiner Integrität

¹²⁹ Vgl. stellvertretend für zahlreiche Publikationen DIECK (1987), WOLF & PILLEMER (1989).

¹³⁰ Das - oft mit "Alltagswidrigkeiten" übersetzte - Konzept der "daily hassles" (und der komplementären "daily uplifts") geht auf KANNER, COYNE, SCHAEFER & LAZARUS (1981) zurück; sie verstehen darunter bedrohliche, kränkende, schädigende oder verlustbezogene Alltagsbelastungen mit hoher Auftretenswahrscheinlichkeit (z.B. Zeitdruck, Konflikte am Arbeitsplatz, Nachbarschaftsstreitigkeiten, Verkehrsstaus). *Daily hassles* werden in der Literatur oft abgegrenzt von *life events* als größeren kritischen Lebensereignissen, die das jeweilige Person-Umwelt-Passungsgefüge bedrohen (vgl. FILIPP & FERRING, 2002). *Daily hassles* wurden vielfach im Kontext von Pflege und dort mit Blick auf Erfahrungen Pflegenden thematisiert (z.B. KINNEY & STEPHENS, 1989), auch im Hinblick auf Erfahrungen älterer Menschen allgemein (KRAAIJ, ARENSMAN & SPINHOVEN, 2002) oder in Bezug auf Partnerschaftsbeziehungen im Alter (HARPER, SCHAALJE & SANDBERG, 2000). Das Konzept wurde soweit ersichtlich bislang nur am Rande - und nicht spezifisch im Hinblick auf die Beziehung zu einer Pflegeperson - auch auf Pflegebedürftige bezogen (THOMAS & OVER, 1994).

zu beeinträchtigen. Das Problematische der hierunter subsumierten Verhaltensweisen liegt primär in ihrem Ergebnis (Beeinträchtigung oder Gefährdung), nicht in dem die Handlung tragenden Motiv.

- Typus 2: "Viktimisierungen Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld mit situationsgebundener Intention bedeutsamer Schädigung des Opfers"

Hierzu gehören insbesondere Fälle, bei denen in einer bestimmten emotional sehr aufgeladenen Situation der Wunsch entsteht, die pflegebedürftige Person zu verletzen, sie zu demütigen, ihr Schmerzen zuzufügen oder sie sogar zu töten. Ein Beispiel wäre etwa der pflegende Angehörige, der von der demenzkranken pflegebedürftigen Person zum wiederholten Male körperlich attackiert wird und ihr schließlich in einer Art von "überschießender Reaktion" einen Schlag versetzt oder die pflegende Tochter, die sich im Verlauf einer Auseinandersetzung von der pflegebedürftigen Mutter in hohem Maße provoziert und gekränkt fühlt und darauf mit Beschimpfungen antwortet.

Im Unterschied zum ersten Typus ist hier im Moment des Handelns ein Schädigungsmotiv vorhanden; dieses Motiv entsteht aber erst in der konkreten Situation (bzw. wird in ihr manifest) und besteht nicht fort (bzw. wird wieder latent), nachdem diese Situation vorüber ist.

- Typus 3: "Viktimisierungen Pflegebedürftiger im häuslichen Umfeld mit situationsübergreifender Intention bedeutsamer Schädigung des Opfers".

Die konkreten Fallgestaltungen, die sich dahinter verbergen, können sehr vielgestaltig sein. Sie umfassen die ambulante Pflegekraft, die sich gezielt ein besonders wehrloses Opfer für eine Gewalttat aussucht ebenso wie die pflegende Angehörige, die vor dem Hintergrund eines langjährigen Beziehungskonfliktes den Entschluss fasst, die pflegebedürftige Person nicht mehr adäquat zu versorgen.

Gemeinsam ist den Ereignissen dieses dritten Typus, dass das Handeln des Akteurs nicht nur situativ, sondern auch über eine spezifische Situation hinaus von dem Bestreben geleitet und getragen ist, die pflegebedürftige Person zu schädigen, ihr Schmerzen zuzufügen, sie in ihrer Würde, ihrer Identität, ihrem Selbstwertgefühl zu beeinträchtigen oder sich auf ihre Kosten zu bereichern. Die spezifische Situation kann von dem Akteur bereits im Hinblick auf das angestrebte Ergebnis herbeigeführt oder aber als sich bietende Tatgelegenheit vorgefunden und aufgegriffen worden sein.

Grundsätzlich lässt sich in die Typologie ein drittes Merkmal, nämlich das der Schwere der eingetretenen bzw. intendierten Schädigung aufnehmen. Es ergibt sich das in Tabelle 28 dargestellte Bild; dort sind diejenigen Fälle, bei denen eine bedeutsame Schädigung des Opfers eingetreten ist bzw. von dem jeweiligen Akteur angestrebt wurde, als Subtypen mit dem Zusatz "+" gekennzeichnet.

Tab. 28: Interviewstudie in häuslichen Pflegesettings:

Vorläufige Typologie von Viktimisierungen Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich

Haupttypus	Subtypen
Typus 1: keine Schädigungsintention	
	marginale Schädigung bzw. Gefährdung
	bedeutsame Schädigung / Gefährdung (Typus 1+)
Typus 2: situationsgebundene Schädigungsintention	
	marginale Schädigung angestrebt
	bedeutsame Schädigung angestrebt (Typus 2+)
Typus 3: situationsübergreifende Schädigungsintention	
	marginale Schädigung angestrebt
	bedeutsame Schädigung angestrebt (Typus 3+)

Im Unterschied zur Frage des Vorliegens einer Schädigungsintention und ihres situationsgebundenen oder situationsübergreifenden Charakters handelt es sich bei der Schwere der eingetretenen bzw. angestrebten Schädigung um ein kontinuierlich verteiltes Merkmal. Die Grenzziehung zwischen "bedeutsamer" und "marginaler" Schädigung kann insbesondere in einem Bereich mittlerer Schwere problematisch sein. Dem Schweremerkmal kommt daher im Rahmen der Typologie lediglich ein ergänzender, kein konstitutiver Status zu. Es macht deutlich, dass in den einzelnen, wesentlich über Motivmerkmale definierten Fallgruppen in ihren (intendierten bzw. eingetretenen) Effekten sehr unterschiedliche konkrete Viktimisierungseignisse enthalten sind.

Viktimisierungen der genannten Typen können auf unterschiedlichen Handlungs- und Wirkungsebenen stattfinden. Insbesondere Typus 1 und Typus 3 sind sowohl als Handlungen wie auch als Unterlassungen konzipierbar, während bei Typus 2 Viktimisierungen durch aktives Tun jedenfalls weit überwiegen dürften.

Eine zweifelsfreie kategoriale Unterscheidung zwischen Taten mit und ohne situationsüberdauernde intentionale Schädigung des Opfers wird nicht in jedem Fall möglich sein. Dazu sind konkrete Motivlagen zu komplex und Fragen danach, was im jeweiligen Fall eine "Schädigung" darstellt und wann eine Schädigungsintention "situationsübergreifend" ist, zu schwer zu beantworten. Doch dürfte sich die Mehrzahl einschlägiger Vorkommnisse ohne größere Probleme einem der Falltypen zuordnen lassen.

Es ist davon auszugehen, dass konkrete Fälle, die den genannten Typen zugeordnet werden können, sich über die definierenden Merkmale (Intentionalität der Schädigung des Opfers; Situationsgebundenheit einer etwaigen Schädigungsintention) hinaus in einer Reihe weiterer Aspekte unterscheiden:

- *Schwere der eingetretenen Tatfolgen*: Die Tatfolgen dürften in der Regel bei Typus 1 weniger ausgeprägt sein als bei den Typen 2 und 3. Eine kategoriale, die Typen klar trennende Zuordnung der Tat- bzw. Tatfolgeschwere zu den Fallgruppen ist jedoch nicht möglich.¹³¹
- *Nachtatverhalten des Akteurs*: Es ist davon auszugehen, dass Täter der Falltypen 1 und 2 vielfach mit Schuldgefühlen, Wiedergutmachungsversuchen, möglicherweise mit der Suche nach Entschuldigungsgründen reagieren werden, im positiven Fall mit Strategien, die der Aufarbeitung eines Vorfalls und der Prävention weiterer Vorkommnisse dienen. Für Typus 3 dürften hingegen vor allem Strategien des Täters, sein Verhalten gegen Entdeckung bzw. Tatnachweis abzusichern, charakteristisch sein.
- *Wiederholungsgefahr*: Die Wiederholungsgefahr dürfte bei Vorkommnissen der Typen 1 und 2 in der Regel dann hoch sein, wenn sich an den (situativen wie personalen) Ursachen, Entstehungsbedingungen und Auslösern, die letztlich zur Tat geführt haben, nichts ändert. Bei Typus 3 kann substantielle Wiederholungsgefahr grundsätzlich dann angenommen werden, wenn auf die erste Tat keine negativen Sanktionen erfolgen und die Schädigungsintention des Täters sich mit der ersten Tat nicht erschöpft hat (was z.B. bei einer gegen eine einzelne Person gerichteten Tötungsabsicht der Fall sein kann).

Auch im Hinblick auf die Maßnahmen, die im einen oder anderen Fall möglich, hilfreich und geboten erscheinen, unterscheiden sich die skizzierten Falltypen beträchtlich voneinander.

- Typus 1: Präventionsansätze bieten sich vor allem im Bereich der Information, Beratung und Schulung der Pflegenden, der Entlastung durch ambulante Dienste, Tagespflegeangebote etc., auch einer pflegerechten und daher stressreduzierenden Gestaltung der räumlichen Umwelt. Hier geht es um Pflegende, die prinzipiell "das Beste für ihren Angehörigen wollen", bei denen die Umsetzung aber nicht oder zumindest nicht reibungslos funktioniert – weil es ihnen an Wissen, an Fähigkeiten mangelt, weil die Hilfen, die sie erhalten, unzureichend sind.
- Für Typus 2 – Fälle mit situativ vorhandenem Wunsch oder wenigstens Impuls, den Pflegebedürftigen zu schädigen – lässt sich Ähnliches sagen: Prävention kann über Beratung (auch psychotherapeutischer Art) erfolgen, sowie wiederum über Trainings und Unterstützungsmaßnahmen. Insgesamt ist hier eine Aufarbeitung der konkreten Vorfälle wichtig, weil diese grundsätzlich ein Wiederholungs- und Eskalationspotenzial in sich tragen können.
- Maßnahmen, die sich im Hinblick auf Typus 3 – situationsübergreifend vorhandene Schädigungsintention – anbieten, zielen vor allem auf die Trennung von Täter und Opfer ab und schließen die Möglichkeit strafrechtlicher Verfolgung ein. Es mag sicher Fälle geben, in denen eine solche Konstellation etwa durch eine psychotherapeutische Intervention "entschärft" werden kann. Vorrang müssen aber Maßnahmen haben, die für eine für das Opfer sichere Pflege-Umgebung Sorge tragen.

Eine Klassifikation der hier vorgeschlagenen Art erhebt nicht den Anspruch, alle denkbaren und realen Fälle der Viktimisierung Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich abzubilden und zweifelsfrei zuordnen zu können. Vielmehr geht es darum, bedeutsame und deutlich voneinander verschiedene Fallgruppen zu

¹³¹ So wird es Handlungen geben, die mit einer eindeutigen und gravierenden Schädigungsmotivation ausgeführt werden, diesen angestrebten Taterfolg aber nicht erreichen. In der Regel aber ist davon auszugehen, dass gerade die Kombination der Intention, eine Person zu verletzen mit den gerade gegenüber Pflegebedürftigen günstigen Tatgelegenheiten zu bedeutsamen Tatfolgen führt.

skizzieren und ihre jeweils spezifischen Zugänglichkeiten für Forschungsmethoden sowie für Ansätze der Prävention und Intervention herauszuarbeiten. Der Vorschlag einer Fallklassifikation gründet sich bislang auf konzeptuelle Überlegungen (häusliche Pflege als aus Tätersicht günstiges Tatsetting; Bedeutsamkeit motivationaler Faktoren für die Frage, ob aus einer "abstrakt vorhandenen Tatgelegenheit" eine "konkrete Tatgelegenheit" wird) und eine noch unvollständige Sichtung in den Interviews berichteter Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorkommnisse. Weitergehende Analysen des Interviewmaterials werden zeigen, inwieweit berichtete Fälle mit der hier vorgenommenen Ereignistypologie in Deckung gebracht werden können und als Ergebnis einer solchen Zuordnung Falltypen erkennbar werden, die sich auch über die unmittelbar den jeweiligen Typus definierenden Merkmale hinaus systematisch unterscheiden.

2.2.2.5.14. Erfordernis eines komplexen Bedingungsmodells

Die Analyse von Entstehungsbedingungen und Risikofaktoren der Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen in familialen Pflegebeziehungen setzt voraus, dass Merkmale auf unterschiedlichen Ebenen - von individuellen bis zu makrosozialen Faktoren - in Betracht gezogen werden.

Waren frühe Publikationen zu Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorkommnissen in der familialen Pflege vielfach durch monokausale, vor allem die Belastungen Pflegenden in den Blick nehmende Sichtweisen charakterisiert, setzt sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass "Überlastung" als Generalerklärung nicht nur zu undifferenziert ist (vgl. etwa die Befunde von BEACH, SCHULZ, WILLIAMSON, MILLER, WEINER & LANCE, 2005), sondern vielfach auch am Kern des Problems vorbeigeht (BERGERON, 2001; WOLF, 1998).

Im Hinblick auf Bedingungs- und Risikofaktoren für Misshandlung und Vernachlässigung in familialen Pflegebeziehungen erscheint es sinnvoll, Faktoren mindestens auf folgenden Ebenen zu unterscheiden:¹³²

- Opfermerkmale (Alter, Geschlecht, Persönlichkeitsmerkmale, Depressivität, intellektuelle Kompetenz, die Pflegebedürftigkeit begründende Faktoren, Grad der funktionalen Einschränkungen, sozioökonomische Situation etc.)
- Tätermerkmale (Alter, Geschlecht, Persönlichkeitsmerkmale, Depressivität, pflegerische Kompetenzen, erlebte Belastung, soziale Unterstützung und soziale Isolation, Pflegemotivation, Gesundheitszustand, Substanzabhängigkeit/Alkoholmissbrauch, psychische Erkrankungen, sozioökonomische Lage etc.)
- Dyaden- und Kontextmerkmale (Art und Qualität der Beziehung, Beziehungsvorgeschichte, Koresidenz, Nutzung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten, ökonomische Situation, räumliche Lebensbedingungen etc.)
- makrosoziale Merkmale (gesellschaftliche Organisation von Pflege, gesundheitspolitische Richtungsentscheidungen, gesellschaftliche Haltungen zu Alter, Krankheit, Pflege, Sterben¹³³; volkswirtschaftliche Situation, demographische Entwicklung einer Gesellschaft).

¹³² In Bezug auf intergenerationale Gewalt gegen Ältere vergleiche zu einer stärkeren Systematisierung und theoretischen Durchdringung möglicher Einflussfaktoren das "applied ecological framework" von SCHIAMBERG & GANS (1999; 2000), das wiederum wesentlich auf den Arbeiten von BRONFENBRENNER (u.a. 1979; 1986; 1997) basiert.

¹³³ Die gesellschaftliche Diskussion um Sterbehilfe, "selbstbestimmten Tod", Patientenverfügungen etc. ist im Hinblick auf familiäre Viktimisierungsrisiken Pflegebedürftiger zwiespältig zu beurteilen. Auf einer vordergründigen Ebene geht es um eine Stärkung der Selbstbestimmung im Hinblick auf Zeitpunkt, Art und Umstände des eigenen Todes. Zugleich kann vor dem Hintergrund dieser Optionen ein gewisser Druck auf pflegebedürftige und behinderte Menschen ausgeübt werden, ihrem Leben ein Ende zu setzen, da sie ja nunmehr eine "humane Alternative" zu weiterer Pflegebedürftigkeit bzw. Behinderung haben. Insbesondere in Zeiten, in denen die Leistungen des Systems der Gesundheitsversorgung eingeschränkt werden bzw. die Eigenbeteiligung erhöht wird, können hierdurch beträchtliche

Bei der Analyse des vorhandenen Materials ist zu berücksichtigen, dass die denkbaren Einflussfaktoren unterschiedlich gute Chancen haben, in den Interviews sichtbar zu werden. Diese Einschränkung gilt - da zumindest die Interviews mit Pflegebedürftigen und pflegenden Angehörigen auf das jeweilige familiäre Setting und die das Pflegearrangement konstituierenden Personen fokussiert sind - für makrosoziale Faktoren, ferner aber auch für solche Personmerkmale, die sich der Wahrnehmung der jeweiligen Person möglicherweise entziehen oder motiviert nicht berichtet werden.

2.2.2.6. Zusammenfassung und Ausblick

In den voranstehenden Kapiteln werden Ziele, methodisches Vorgehen und vorläufige Befunde einer qualitativen Interviewstudie zur Problematik der Misshandlung und Vernachlässigung älterer Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich dargestellt. Zwischen November 2005 und Juni 2006 wurden in drei Regionen 178 leitfadenorientierte Interviews und vier Gruppengespräche geführt. Befragt wurden pflegende Angehörige, Pflegebedürftige, ambulante Pflegekräfte sowie in Einzelfällen andere Personen, die sich zur Thematik bzw. zu einem konkreten familialen Pflegesetting äußern konnten. Bei der Stichprobenbildung wurden die Merkmale "Pflege demenziell Erkrankter / nicht demenziell Erkrankter", "intragenerationale / intergenerationale Pflege" und "Pflege mit / Pflege ohne Unterstützung durch ambulante Dienste" als Schichtungskriterien verwendet. Die Rekrutierung der in die Studie einbezogenen familialen Pflegesettings erfolgte vor allem über entsprechende Aufrufe in Presseorganen sowie durch Vermittlung in den drei Regionen nach Zufallsprinzipien ausgewählter Pflegedienste. In Bezug auf die so kontaktierten häuslichen Pflegesettings wurden nach Möglichkeit Interviews mit allen zentral Beteiligten geführt, also (soweit vorhanden und zu einem Gespräch bereit und in der Lage) mit Pflegebedürftigen, ihren sie pflegenden Familienmitgliedern und einer MitarbeiterIn des mit dem Fall befassten ambulanten Pflegedienstes. In den Gesprächen wurde explizit nach Misshandlungs- und Vernachlässigungsvorkommnissen gefragt; darüber hinaus berührten sie eine Vielfalt weiterer in der häuslichen Pflege relevanter Themenbereiche.

Es ist gelungen, die erheblichen Zugangsprobleme, die sich bei Befragungen in derartigen Settings und zu dieser Thematik stellen, zu bewältigen. Im Ergebnis konnte eine in Anbetracht der qualitativen Ausrichtung der Teilstudie große Stichprobe befragt werden; sie umfasst insgesamt 201 Personen. Dennoch kann es selbstverständlich nicht vorrangig darum gehen, die Verbreitung von Viktimisierungen Pflegebedürftiger in ihrem quantitativen Umfang einzuschätzen; vielmehr sollen Erscheinungsformen problematischen Verhaltens gegenüber älteren Pflegebedürftigen beschrieben sowie Bedingungen, unter denen solches Verhalten auftritt, analysiert werden – letztlich mit dem Ziel einer empirisch fundierten (Weiter-) Entwicklung von Präventions- und Interventionskonzepten.

Die Analysen des Interviewmaterials sind noch in einer frühen Phase. Im vorliegenden Bericht wird eine Reihe von Thesen formuliert. Sie betreffen in den Interviews als bedeutsam hervortretende Aspekte von Pflegebeziehungen. Dazu gehört die Übernahme von Pflegeverantwortung als kritisches Lebensereignis und Innovationserfordernis, die Identitätsrelevanz von Pflege und Pflegebedürftigkeit, die Verschiedenartigkeit der subjektiven Gründe für das Eingehen und Aufrechterhalten von Pflegebeziehungen, die Bedeutung der prämorbidem Beziehungsvorgeschichte für die aktuelle Beziehung zwischen Pflegebedürftigen und ihren sie pflegenden Angehörigen, die Spezifität familialer Demenzpflege gegenüber anderen Pflegeformen, die vielfältigen Belastungen, denen pflegende Angehörige wie Pflegebedürftige ausgesetzt sind, zugleich aber auch die belohnenden, selbstwertstärkenden Potenziale, die für Pflegende in der Bewältigung von Pflegeaufgaben liegen, ferner die Bedeutung sozialer Isolation und sozialer Unterstützung

wahrgenommene Handlungszwänge entstehen. Noch schärfer stellt sich die Problematik im Hinblick auf in hohem Maße pflegebedürftige Personen dar, die – etwa im Wachkoma – zu einer Einwilligung bzw. einem Widerspruch nicht mehr in der Lage sind (vgl. dazu u.a. BIRNBACHER, 2001; 2004; BUNDESMINISTERIUM DER JUSTIZ, 2004; TOLMEIN, 2004; 2006).

bzw. Einbindung als Risiko- und Schutzfaktoren für problematisches Verhalten in familialen Pflegekonstellationen.

Perspektiven der Anwendung kriminologischer Tatgelegenheitsstrukturkonzepte auf die häusliche Pflege werden erörtert. Es wird deutlich, dass Pflege im privaten Haushalt für einen hierzu "motivierten Täter" nahezu ideale Tatgelegenheiten bereithält, dass ein solches Motiv aber gerade in Pflegebeziehungen keineswegs als gegeben vorausgesetzt werden kann, da für Beziehungen Pflegenden zu Pflegebedürftigen eben nicht das Motiv der Schädigung bzw. der eigenen Bereicherung konstitutiv ist. Es werden Konstellationen beschrieben, bei denen innerhalb von Pflegebeziehungen Motive der Schädigung des Pflegebedürftigen dominant sein bzw. dominant werden können.

Anknüpfend an die These von der Bedeutsamkeit motivationaler Faktoren wird eine vorläufige Typologie von Misshandlungs- bzw. Vernachlässigungsvorkommnissen in der häuslichen Pflege erarbeitet. Die drei dargestellten Typen unterscheiden sich hinsichtlich des Vorliegens oder Nichtvorliegens einer Intention des Täters, die pflegebedürftige Person zu schädigen sowie bezüglich des situationsgebundenen oder über eine spezifische situative Bedingungskonstellation hinausgehenden Charakters eines etwaigen Schädigungsmotivs. Sie können grundsätzlich sowohl auf familiäre Pflege als auch auf Pflege durch professionelle Kräfte im häuslichen Umfeld bezogen werden. Die bislang primär konzeptuell entwickelten Typen unterscheiden sich nicht zuletzt im Hinblick auf die sich daran anschließenden Präventions- und Interventionsoptionen. Während sich im Hinblick auf familial Pflegende, die ohne entsprechende Absicht einen Angehörigen schädigen oder in Gefahr bringen, Präventionsansätze vor allem im Bereich der Information, Beratung und Schulung der Pflegenden sowie der Entlastung durch ambulante Dienste und andere Angebote bieten, müssen bei Tätern mit einer situationsübergreifend vorhandenen Schädigungsintention Maßnahmen Vorrang haben, die eine für das Opfer sichere Pflege-Umgebung (wieder) herstellen; dazu gehört vielfach die Trennung von Täter und Opfer, und dies schließt die Option strafrechtlicher Verfolgung ein.

Die entwickelte Typologie bedarf weiterer Prüfung am empirischen Material. Unabhängig von deren Ergebnis ist deutlich geworden, dass (ähnlich wie etwa auch im Hinblick auf Gewalt in Partnerschaften) eine Fallklassifikation erforderlich ist, die sich nicht auf die Frage der Handlungs- bzw. Wirkungsebene (die Unterscheidung zwischen physischer, sexueller, verbaler Gewalt etc.) beschränkt. Eine darüber hinausgehende Typologie kann grundsätzlich neben oder statt der genannten Merkmale (Schädigungsmotiv und dessen situative Verankerung) weitere oder andere Merkmale einbeziehen. Zu denken ist hier unter anderem an den einmaligen oder wiederholten Charakter von Misshandlung oder Vernachlässigung, die erkennbare Eskalationsneigung, die der Handlung vorausgehenden oder sie begleitenden Emotionen (wie Ärger, Wut oder Hass) oder die spezifische Ausprägung dessen, was bislang summarisch als "Schädigungsmotiv" umschrieben wurde (die Person verletzen, ihr Schmerzen zufügen, sie ärgern, kränken, demütigen, einschüchtern, sich an ihrem Besitz bereichern etc.).

Bei den weiteren Analysen der Interviews – die Kodierung der Transkripte ist derzeit im Gange – wird es unter anderem darum gehen, die im Material zutage tretenden konkreten Vorkommnisse von "Gewalt gegen ältere Pflegebedürftige im häuslichen Bereich" (etwa Fälle verbal aggressiven Verhaltens zum Herbeiführen von Compliance in der Pflege, auch des physischen Brechens des Widerstands gegen Pflegehandlungen, des ökonomisch motivierten Vorenthalten von Hilfen, der Einschränkung der Handlungsautonomie durch Einsperren, "Absondern" vom Rest der Familie oder auch durch Unterbinden telefonischer Außenkontakte, physisch gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen Ehepartnern, verbale Aggressivität in Konfliktsituationen) herauszuarbeiten, die Bedingungen, unter denen sie sich ereignet haben, zu analysieren, unter Rückgriff auf die bisherigen Arbeiten eine empirisch gestützte Falltypologie weiterzuentwickeln und Konsequenzen im Hinblick auf Maßnahmen zur Misshandlungs- und Vernachlässigungsprävention in der häuslichen Pflege zu erarbeiten.

2.2.3. Schriftliche Befragung pflegender Angehöriger

2.2.3.1. Untersuchungsziele und methodischer Zugang

Die auf mögliche Viktimisierungen in der häuslichen Pflege alter Menschen bezogenen Untersuchungselemente werden komplettiert durch eine Fragebogenstudie bei pflegenden Angehörigen.

Diese Befragung zielt auf quantitative Daten zur Viktimisierung Pflegegebedürftiger im häuslichen Bereich ab. Sie ergänzt die in Kapitel 2.2.1 beschriebene Pflegekräftebefragung insofern, als es sich in beiden Fällen um "Täterbefragungen" handelt (nicht im Sinne der Befragung von Personen, deren Status als "Täter" bekannt wäre, sondern als Studie, bei der Menschen vor allem nach eigenem problematischem Verhalten befragt werden – und nicht etwa nach möglichen Opfererfahrungen). Sie ergänzt ferner die qualitative Interviewstudie, indem sie den detaillierten Einzelfallschilderungen familialer Pflegeverhältnisse durch pflegende Angehörige Daten an die Seite stellt, die hinsichtlich der Dichte an Informationen zweifellos hinter dem Interviewmaterial zurückbleiben, dafür aber quantitative Abschätzungen der Verbreitung und Häufigkeit problematischer Verhaltensweisen sowie Berechnungen der Stärke möglicher Zusammenhänge und Effekte erlauben. Im Vergleich mit der standardisierten Befragung ambulanter Pflegekräfte bietet die Fragebogenerhebung bei pflegenden Angehörigen den Vorteil, dass hier Rückschlüsse auf Opferraten auf der Basis einer Täterbefragung möglich sind. Da - von Ausnahmen abgesehen – familiäre Pflegebeziehungen im Kern solche zwischen jeweils zwei Personen sind, können Prävalenzen bestimmter Verhaltensweisen auf Täterseite nahezu 1:1 als Viktimisierungsprävalenzen auf Opferseite interpretiert werden.¹³⁴

Für die Befragung wurde ein eigenes Instrument entwickelt. Es baut im Hinblick auf viktimisierungsbezogene Fragen auf dem Instrument der schriftlichen Pflegekräftebefragung auf, setzt daneben aber auch andere inhaltliche Schwerpunkte. Relativ zur Befragung ambulanter Pflegekräfte spielen psychologische Variablen (wie Depressivität oder erlebte soziale Unterstützung) sowie Aspekte der Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person eine große Rolle.

Wesentliche Themenfelder der derzeit im Einsatz befindlichen Pretest-Version des Fragebogens sind die folgenden:

- soziodemographische Grunddaten zu der befragten familialen Pflegeperson und ihrem Haushalt
- soziodemographische Grunddaten zur pflegebedürftigen Person (gegebenenfalls: den pflegebedürftigen Personen)
- wahrgenommene Befindlichkeit der pflegebedürftigen Person
- Beziehung zwischen pflegender und pflegebedürftiger Person
 - strukturelle Merkmale (Art der Verwandtschaftsbeziehung, gemeinsamer oder getrennter Haushalt etc.)
 - erlebte Beziehungsqualität
 - Beziehungsvorgeschichte
 - Veränderungen der Beziehung seit Übernahme von Pflegeverantwortung

¹³⁴ Im Hinblick auf die Befragung ambulanter Pflegekräfte ist dies angesichts der Vielzahl der von einer Pflegekraft betreuten Pflegebedürftigen und der im Zeitverlauf häufig wechselnden Zusammensetzung der Klientel kaum möglich. Grundsätzlich könnten Fragen an Pflegekräfte natürlich auch auf kurze Zeiträume und auf die Pflege eines einzelnen Pflegebedürftigen bezogen werden, doch gerät ein solcher Zugang mit dem Umstand in Konflikt, dass das Erkenntnisinteresse sich auf abweichendes und damit in der Regel seltenes Verhalten richtet. Wohl am ehesten wäre an eine derartig aufgebaute Befragung im Bereich der vor allem von Zivildienstleistenden und Personen im Freiwilligen Sozialen Jahr geleisteten Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung (ISB) zu denken.

- Pflege- und Hilfebedarf, Inanspruchnahme von SGB XI-Leistungen
- Pflege durch die befragte Person (Zeitaufwand, Art der Pflege- und Hilfeleistungen, Exklusivität der Pflegebeziehung, Dauer der Pflegebeziehung etc.)
- Pflegemotivation
- Einbeziehung ambulanter Dienste in die Pflege; Bewertung der Tätigkeit ambulanter Dienste; gegebenenfalls Motive für Nicht-Inanspruchnahme ambulanter Pflege
- subjektives Wohlergehen und Lebensqualität der befragten familialen Pflegeperson
- wahrgenommene soziale Unterstützung¹³⁵
- Bewältigungsverhalten: akkommodative Strategien¹³⁶
- Depressivität¹³⁷
- subjektiver Gesundheitszustand
- Belastungen / Belastungserleben der befragten familialen Pflegeperson
- individuelle Strategien zur Bewältigung pflegebezogener Belastungen
- Einschätzungen zur Pflegebeziehung / Wahrnehmung der Pflegebeziehung durch die befragte familiäre Pflegeperson
- problematische Verhaltensweisen in der familialen Pflege:
 - aggressives Verhalten der pflegebedürftigen Person gegenüber der befragten familialen Pflegeperson
 - problematisches Verhalten der Pflegeperson gegenüber dem Pflegebedürftigen (Misshandlung, Vernachlässigung, Freiheitseinschränkung)
 - problematisches Verhalten Dritter gegenüber dem Pflegebedürftigen.

Angestrebt wird eine Stichprobe von mindestens 300 zu befragenden pflegenden Angehörigen. Die Kriterien für die Stichprobenbildung entsprechen weitgehend denjenigen der Interviewstudie. Angesprochen werden Personen, die – mit oder ohne Unterstützung ambulanter Dienste - einen mindestens 60-jährigen Angehörigen pflegen. Die Befragung wird in deutscher Sprache durchgeführt. Sie erfolgt postalisch; das Befragungsinstrument wird den TeilnehmerInnen zugesandt und von ihnen nach Bearbeitung an die Forschungsgruppe geschickt. Eine Vergütung oder finanzielle Anerkennung für die Teilnahme wird nicht gezahlt.

¹³⁵ Die hier eingesetzte Skala von HOSSER & GREVE (1999) misst anhand von 15 Items (z.B. "Es gibt Menschen, die zu mir halten auch wenn ich Fehler mache.") die Überzeugung, im Bedarfsfall auf die Unterstützung durch andere Personen zählen zu können; das Ausmaß der wahrgenommenen Unterstützung wird auf einer 4-stufigen, numerischen Skala mit den Polen „viel zu wenig“ bis „so viel ich will“ erfragt.

¹³⁶ Vgl. BRANDTSTÄDTER & GREVE (1992).

¹³⁷ Als Depressivitätsmaß wird eine 15-Item-Kurzform der *Geriatric Depression Scale* (BRINK, YESAVAGE, LUM, HEERSEMA, ADEY & ROSE, 1982; YESAVAGE, BRINK, ROSE, LUM, HUANG, ADEY & LEIRER, 1983) verwendet.

2.2.3.2. Aktueller Stand und Ausblick

Das Instrument für die Befragung pflegender Angehöriger wurde in der ersten Jahreshälfte 2006 entwickelt; zum Zeitpunkt der Berichterlegung waren Pretests bei pflegenden Angehörigen in Hannover und Berlin im Gange. Der Beginn der Feldphase ist für August 2006 vorgesehen.

Hinsichtlich der Rekrutierung von BefragungsteilnehmerInnen ließen sich die zunächst ins Auge gefassten Wege über den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) bzw. über einzelne Pflegekassen nicht realisieren. Daher wird der Versuch unternommen, Befragungspersonen über Aufrufe in Publikationsorganen zu erreichen, welche die ins Auge gefasste Zielgruppe selektiv ansprechen (insbesondere die in Apotheken kostenlos verteilte Zeitschrift „Seniorenratgeber“). Ein analoges Vorgehen wurde in der so genannten LEANDER-Studie zum Belastungserleben pflegender Angehöriger von Demenzkranken (vgl. THOMA, SCHACKE & ZANK, 2004; ZANK, SCHACKE & LEIPOLD, 2005) gewählt.

Sollte dieser Weg sich als nicht hinreichend ertragreich erweisen, müssen zusätzliche Rekrutierungsstrategien umgesetzt werden. Hier kommt insbesondere die Verteilung von Fragebögen über ambulante Dienste in Betracht. Entsprechende Kontakte sind nicht zuletzt aufgrund der Interviewstudie vorhanden.

3. Resümee und Ausblick

Zum Zeitpunkt des Abfassens dieses Berichts liegen im Rahmen der Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen" drei mit je spezifischen Instrumenten und methodischen Zugängen gewonnene Datensätze liegen vor. Es handelt sich um Daten

- einer bundesweiten repräsentativen Opferwerdungsbefragung bei 3.030 Personen der Altersgruppe 40-85 Jahre,
- einer schriftlichen Befragung ambulanter Pflegekräfte (n=503) sowie
- einer qualitativen Interviewstudie in familialen Pflegesettings; in 178 Interviews und vier Gruppengesprächen wurden insgesamt 201 Personen (zumeist pflegende Familienangehörige, Pflegebedürftige und ambulante Pflegekräfte erreicht).

Zwei weitere Datensätze – aus einer für Spätsommer/Herbst 2006 angesetzten schriftlichen Befragung pflegender Angehöriger sowie aus der Analyse polizeilicher Daten zu betrügerischen und mit Täuschungen versehenen Eigentums- und Vermögensdelikten an älteren Menschen - werden das durch die Studie gewonnene Bild der Viktimisierung älterer und pflegebedürftiger Menschen abrunden.

Zwar stehen vertiefende Analysen in den Teilstudien noch aus, doch zeichnen sich Konturen der Befunde bereits ab. Wird der Blick auf die Ergebnisse der repräsentativen Viktimisierungsbefragung gerichtet, so zeigt sich im Hinblick auf allgemeine Kriminalität wie auf Gewalterfahrungen im sozialen Nahraum eine relativ geringe Gefährdung derjenigen Älteren (hier verstanden als Befragte ab 60 Jahren), die in einer derartigen standardisierten Befragung erreicht werden können; ebenso erweisen sich in dieser Befragung Ältere nicht als furchtsamer als Jüngere, wohl aber als vorsichtiger in ihrem Verhalten und auch dadurch ihre Viktimisierungsrisiken reduzierend. Zudem deuten die bisherigen Analysen darauf hin, dass die Opferwerdungsrisiken älterer Menschen im Zeitraum zwischen den beiden KFN-Viktimisierungssurveys der Jahre 1992 und 2005 zurückgegangen sind.

Diese insgesamt eher entdramatisierenden Befunde dürfen jedoch nicht voreilig als Abbild der Viktimisierungserfahrungen der gesamten älteren Generation genommen werden. Die Daten, auf denen sie beruhen, stammen überwiegend von Personen, die tendenziell "schwer zu viktimisieren und leicht zu befragen" sind – d.h. von gesundheitlich und funktional meist nicht oder nur gering eingeschränkten Seniorinnen und Senioren, die zudem aufgrund ihres vorsichtigen Verhaltens und eines Lebensstils, in dem Risikokontexte wie etwa das Gaststätten- und Diskothekenmilieu nur eine geringe Rolle spielen, ein relativ geringes Opferwerdungsrisiko aufweisen.

Über Menschen im "vierten Lebensalter" (BALTES, 1998), welches durch Multimorbidität, Pflegebedürftigkeit und eine steil ansteigende Prävalenz von Demenzerkrankungen gekennzeichnet ist, können derartige Viktimisierungssurveys nur wenig aussagen; die Annahme erscheint plausibel, dass es sich hier quasi spiegelbildlich um diejenigen handelt, die "schwer zu befragen und leicht zu viktimisieren" sind. Die aktuelle Studie hat sich einer bedeutsamen Teilgruppe der Menschen im "vierten Lebensalter" zugewandt, nämlich denjenigen, die zu Hause von Angehörigen und ambulanten Diensten gepflegt werden. Die bisherigen Befunde erlauben im engeren Sinne noch keine quantitative Abschätzung der Viktimisierungsrisiken älterer Pflegebedürftiger im häuslichen Bereich. Sie machen aber deutlich, dass es in einem über Einzelfälle hinausgehenden Maß zu Fällen der Misshandlung und Vernachlässigung kommt. Des Weiteren zeichnet sich ab, dass die bisweilen nahezu reflexartig vorgebrachte Formel von der Überlastung, die problematisches Verhalten auslöse und der Entlastung, die man privat wie professionell Pflegenden deshalb anbieten und zuteil werden lassen müsse, eine mindestens stark verkürzende Antwort auf ein soziales Problem darstellt. "Gewalt in der häuslichen Pflege" ist ein in seinem Erscheinungsbild und seinen Entstehungsbedingungen vielgestaltiges und komplexes Phänomen, an dessen Genese Belastung und Überlastung Pflegenden sicherlich einen Anteil haben, das jedoch auch etwa im Hinblick auf Beziehungsdynami-

ken in der Pflege und darauf fußende Gefahren der Eskalation von Konfliktsituationen betrachtet werden muss. Schließlich darf der Umstand nicht aus dem Blick geraten, dass auch in der häuslichen Pflege kriminelles Handeln im klassischen Sinne (d.h. auf Bereicherung und egoistische Bedürfnisbefriedigung abzielendes Verhalten) stattfinden kann und dass "belastungsfokussierte" Erklärungs- wie Präventionsansätze an derartigen Bedrohungen des Wohlergehens pflegebedürftiger älterer Menschen vorbeigehen.

Schließlich sei noch auf zwei Bereiche häuslicher Pflege hingewiesen, die in der aktuellen Studie nicht systematisch bearbeitet werden können, gleichwohl aber auch unter kriminologisch-viktimologischen Gesichtspunkten bedeutsam erscheinen. Dies betrifft zum einen die besondere Situation älterer pflegebedürftiger MigrantInnen¹³⁸ (vgl. hierzu u.a. BASCHE & BENZ, 2004; BÜKRÜCÜ, 2001; CUBILLOS, 2001; ULLRICH, 2002; WENSIEN, 2005), zum anderen den Umstand, dass Pflege im häuslichen Bereich in den letzten Jahren in starkem Maße durch zugewanderte und zum Teil illegal beschäftigte Kräfte (vgl. u.a. DÖRR, 2005, MÜLLER, 2005; RICHTER, 2004; 2005; UNGERSON, 2005; WALDMANN, 2004) übernommen wird. In beiden Bereichen kann davon ausgegangen werden, dass die Gefährdungslage älterer Pflegebedürftiger spezifische Merkmale aufweist. Um hier über Hypothesen und Mutmaßungen hinaus empirisch fundiertes Wissen zu erlangen, bedürfte es der Entwicklung eigener methodischer Zugänge und der Überwindung zahlreicher Zugangsbarrieren, zu denen - gerade im Hinblick auf den Aspekt illegaler Beschäftigung - keineswegs nur sprachliche Hürden gehören.

¹³⁸ Hier stellt sich u.a. die Frage, wie Pflege älterer Menschen unter den Bedingungen eines primär auf die einheimisch-deutsche Bevölkerung zugeschnittenen Angebots an Diensten und Hilfen organisiert wird. Quasi als Randbedingungen können – selbstverständlich nicht in allen Migrantenpopulationen in gleichem Maße - u.a. folgende Faktoren hinzukommen: begrenzte ökonomische Spielräume, durch die Herkunftskultur geprägte Vorstellungen über familiäre Fürsorgeverpflichtungen sowie über geschlechtsrollenbezogene Verhaltensnormen und Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern, schließlich auch Spezifika in Bezug auf Verbreitung, Erscheinungsformen und soziale Akzeptanz innerfamiliärer Gewalt.

Literatur

- AARTSEN, MJ, VAN TILBURG, T., SMITS, C.H. & KNIPSCHEER, C.P. (2004). A longitudinal study of the impact of physical and cognitive decline on the personal network in old age. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21 (2), 249-266.
- ACTON, G.J., MAYHEW, P.A., HOPKINS, B.A. & YAU, S. (1999). Communicating with individuals with dementia. The impaired person's perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (2), 6-13.
- ADAMS, K.B. & DANDERS, S. (2004). Alzheimer's caregiver differences in experience of loss, grief reactions and depressive symptoms across stage of disease: A mixed-method analysis. *Dementia*, 3 (2), 195-210.
- ALEXOPOULOS, P. (1994). Management of sexually disinhibited behaviour by a dementia patient. *Australian Journal on Ageing*, 13 (3), 119.
- ANDRÉN, S. & ELMSTÅHL, S. (2005). Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19 (2), 157-168.
- ANTHONY-BERGSTONE, C., ZARIT, S. & GATZ, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology and Aging*, 3, 245-248.
- ARCHER, J. (2000a). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126 (5), 651-680.
- ARCHER, J. (2000b). Sex differences in physical aggression to partners: A reply to Frieze (2000), O'Leary (2000), and White, Smith, Koss, and Figueredo (2000). *Psychological Bulletin*, 126, 697-702.
- ARCHER, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior: A Review Journal*, 7, 1-39.
- ARMSTRONG, P. (2002). Thinking it through: Women, work and caring in the new millennium. *Canadian Women Studies/les cahiers de la femme*, 21/22 (4/1) 44-50.
- AYOUB, C., ALEXANDER, R., BECK, D., BURSCH, B., FELDMAN, K.W., LIBOW, J., SANDERS, M., SCHREIER, H.A. & YORKER, B. (2002). Definitional issues in Munchhausen by Proxy. *Child Maltreatment*, 7, 105-111.
- BACKHAUS, K.; ERICHSON, B.; PLINKE, W. & WEIBER, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden: eine anwendungsorientierte Einführung (10. Aufl.)*. Berlin: Springer.
- BAILE, V., NORBECK, J.S. & BARNES, L.E. (1988). Stress, social support, and psychological distress of family caregivers of the elderly. *Nursing Research*, 37, 217-222.
- BALTES, M.M. (1998). The psychology of the oldest-old: The fourth age. *Current Opinion in Psychiatry*, 11, 411-415.
- BALTES, P.B. (1997a). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52 (4), 366-380.
- BALTES, P.B. (1997b). Die unvollendete Architektur der menschlichen Ontogenese: Implikationen für die Zukunft des vierten Lebensalters. *Psychologische Rundschau*, 48, 191-210.
- BALTES, P.B. & SMITH, J. (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49 (2), 123-135.
- BARLING, J., ROGERS, A.G. & KELLOWAY, E.K. (2001). Behind closed doors: in-home workers' experience of sexual harassment and workplace violence. *Journal of Occupational Health Psychology*, 6 (3), 255-269.

- BASCHE, J. & BENZ, C. (2004). Integrierte Versorgung in der gerontologischen Pflege für Migranten. *Pflege Aktuell*, Nr. 07/08, 411-415.
- BEACH, S., SCHULZ, R., WILLIAMSON, G.M., MILLER, L.S., WEINER, M.F. & LANCE, C.E. (2005). Risk factors for potentially harmful informal caregiver behavior. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 255-261.
- BEN-CHETRIT, E. & MELMED, R.N. (1998). Recurrent hypoglycaemia in multiple myeloma: a case of Munchausen syndrome by proxy in an elderly patient. *Journal of Internal Medicine*, 244 (2), 175-178.
- BERG, L., SKOTT, C. & DANIELSON, E. (2006). An interpretive phenomenological method for illuminating the meaning of caring relationship. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 20 (1), 42-50.
- BERGERON, L. (2001). An elder abuse case study: Caregiver stress or domestic violence? You decide. *Journal of Gerontological Social Work*, (34) 4, 47-63.
- BICKEL, H. (2000). Demenzsyndrom und Alzheimer Krankheit: eine Schätzung des Krankenbestandes und der jährlichen Neuerkrankungen in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 62, 211-218.
- BICKEL, H. (2001). Demenzen im höheren Lebensalter: Schätzungen des Vorkommens und der Versorgungskosten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, 108-115.
- BICKEL, H. (2002). *Die Epidemiologie der Demenz*. Berlin: Deutsche Alzheimer Gesellschaft.
- BILSKY, W., PFEIFFER, C. & WETZELS, P. (1992). *Persönliches Sicherheitsgefühl, Angst vor Kriminalität und Gewalt, Opfererfahrung älterer Menschen: Erhebungsinstrument der KFN-Opferbefragung 1992* (KFN-Forschungsbericht, 2. korrigierte Aufl.). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- BLEATHMAN, C. & MORTON, I. (1996). Validation therapy: a review of its contribution to dementia care. *British Journal of Nursing*, 5 (14), 866-868.
- BOEJE, H.R., DUIJNSTEE, M.H. & GRYPDONCK, H.F. (2003). Continuation of caregiving among partners who give total care to spouses with multiple sclerosis. *Health and Social Care in the Community*, 11, 242-252.
- BOOLS, C., NEALE, B. & MEADOW, R. (1994). Munchausen syndrome by proxy: A study of psychopathology. *Child Abuse & Neglect*, 18, 773-788.
- BORTZ, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6. Aufl.). Berlin: Springer.
- BOSS, P. (1999). *Ambiguous loss: Learning to live with unresolved grief*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BOSS, P. (2002). *Family stress management: A contextual approach* (2nd ed.) Thousand Oaks, Ca: Sage.
- BOSS, P. (2004). Ambiguous loss research, theory, and practice: Reflections after 9/11. *Journal of Marriage and Family*, 66 (3), 551-566.
- BOSS, P. (2006). *Loss trauma & resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. New York: W.W. Norton & Company.
- BOSS, P., CARON, W., HORBAL, J. & MORTIMER, J. (1990). Predictors of depression in caregivers of dementia patients: Boundary ambiguity and mastery. *Family Process*, 29 (3), 245-254.
- BRANDTSTÄDTER, J. & GREVE, W. (1992). Das Selbst im Alter: adaptive und protektive Mechanismen. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 24 (4), 269-297.
- BRANDTSTÄDTER, J. & GREVE, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.

- BRANDTSTÄDTER, J. & ROTHERMUND, K. (1994). Self-percepts of control in middle and later adulthood: Buffering losses by rescaling goals. *Psychology and Aging*, 9, 265-273.
- BRINGER, J.D., JOHNSTON, L.H. & BRACKENRIDGE, C.H. (2006). Using computer-assisted qualitative data analysis software to develop a Grounded Theory project. *Field Methods*, 18 (3), 245-266.
- BRINK, T.L., YESAVAGE, J.A., LUM, O., HEERSEMA, P., ADEY, M.B. & ROSE, T.L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-44.
- BRODY, E.M., HOFFMAN, C., KLEBAN, M.H. & SCHOONOVER, C.B. (1989). Caregiving daughters and their local siblings: Perceptions, strains, and interactions. *Gerontologist*, 29, 529-538.
- BRONFENBRENNER, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- BRONFENBRENNER, U. (1986). Recent advances in research on the ecology of human development. In R.K. SILBEREISEN, K. EYFERTH & G. RUDINGER (Eds.). *Development as action in context: Problem behavior and normal youth development* (pp. 287-309). Heidelberg: Springer.
- BRONFENBRENNER, U. (1997). Ecology of the family as a context for human development: Research perspective. In J.L. PAUL, M. CHURTON, H. ROSSELLI-KOSTORYZ, W.C. MORSE, K. MARFO, C. LAVELY & D. THOMAS (Eds.). *Foundations of special education* (pp. 49-83). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole Publishing Company.
- BUCKWALTER, K.C. (1995). What successful approaches do you use in dealing with sexually aggressive patients/residents? *Journal of Gerontological Nursing*, 21 (9), 51-52.
- BÜKRÜCÜ, I. (2001). Alte Migrantinnen und Migranten als Kunden der ambulanten Pflege. In E. KAEWNETARA & H. USKE (Hrsg.). *Migration und Alter* (S. 25-38). Duisburg: Duisburger Institut für Sprach- und Sozialforschung.
- BÜSSING, A. & PERRAR, K.M. (1992). Die Messung von Burnout: Untersuchung einer deutschen Fassung des Maslach Burnout Inventory (MBI-D). *Diagnostica*, 38, 328-353.
- BUNDESKRIMINALAMT (2006). *Polizeiliche Kriminalstatistik 2005 Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland – Zusammenfassung zentraler Studienergebnisse*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2005). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland: eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- BURKE, R.J. (2001). Restructuring stressors and perceived hospital effectiveness. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 14 (1), 21-26.
- BURSIK, R.J. & GRASMICK, H.G. (1993). *Neighborhoods and crime*. New York, NY: Lexington Books.
- CARPENTER, E.H. & MILLER, B.H. (2002). Psychosocial challenges and rewards experienced by caregiving men: A review of the literature and an empirical case example. In B. KRAMER & E. THOMPSON (Eds.). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications* (pp.99-126). New York: Springer.
- CARSTENSEN, L.L. (1992). Social and emotional patterns in adulthood: Support for socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 7, 331-338.
- CARSTENSEN, L.L., ISAACOWITZ, D.M. & CHARLES, S.T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.

- CHIRIBOGA, D.A., WEILER, P.G. & NIELSEN, K. (1989). The stress of caregiving. *Journal of Applied Social Sciences*, 13, 119-141.
- CHRISTENSEN, A. & SHENK, J.L. (1991). Communication, conflict, and psychological distance in nondistressed, clinic, and divorcing couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 458-463.
- CLARKE, R.V. (Ed.). (1997). *Situational crime prevention: Successful case studies* (2nd ed., pp. 1-43). Albany, NY: Harrow and Heston.
- COELING, H.V., BIORDI, D.L. & THEIS, S.L. (2003). Negotiating dyadic identity between caregivers and care receivers. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 21-25.
- COONEY, C.; MORTIMER, A. (1995). Elder abuse and dementia: A pilot study. *International Journal of Social Psychiatry*, 41 (4), S. 276-283.
- CORNISH, D.B. & CLARKE, R.V. (2003). Opportunities, precipitators and criminal decisions: A reply to Wortley's critique of situational crime prevention. In M.J. SMITH & D.B. CORNISH (Eds.). *Theory for practice in situational crime prevention* (Crime Prevention Studies, vol. 16, pp. 41-96). Monsey, NY: Criminal Justice Press.
- COYNE, A.C. (2001). The relationship between dementia and elder abuse. *Geriatric Times*, 2 (4). Verfügbar unter <http://www.geriatrictimes.com/g010715.html> [02.06.2005].
- CUBILLOS, F.A. (2001). Kultursensible Pflege - ein Versorgungsangebot nicht nur für ältere Migranten. In I. KOLLAK (Hrsg.). *Internationale Modelle häuslicher Pflege* (S. 243-257). Frankfurt/M.: Mabuse.
- DAATLAND, S.O. & HERLOFSON, K. (2003). 'Lost solidarity' or 'changed solidarity': a comparative European view of normative family solidarity. *Ageing and Society*, 23 (5), 537-560.
- DALY, M. & RAKE, K. (2003). *Gender and the Welfare State: care, work and welfare in Europe and in the USA*. Cambridge: Polity Press.
- DE GARMO, D.S. & KITSON, G.C. (1996). Identity relevance and disruption as predictors of psychological distress for widowed and divorced women. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 983-997.
- DELLO BUONO, M., BUSATO, R., MAZZETTO, M., PACCAGNELLA, B., ALEOTTI, F., ZANETTI, O., BIANCHETTI, A., TRABUCCHI, M. & DE LEO, D. (1999). Community care for patients with Alzheimer's disease and non-demented elderly people: use and satisfaction with services and unmet needs in family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14 (11), 915-924.
- DEUTSCHE KONTINENZ GESELLSCHAFT (2006). *Daten und Fakten Inkontinenz*. Verfügbar unter www.kontinenz-gesellschaft.de/daten_fakten [27.02.2006].
- DIECK M. (1987). Gewalt gegen ältere Menschen im familialen Kontext: ein Thema der Forschung, der Praxis und der öffentlichen Information. *Zeitschrift für Gerontologie*, 20, 305-313.
- DILLMAN, D.A. (1978). *Mail and telephone surveys: The total design method*. New York: Wiley.
- DILLMAN, D.A. (1991). The design and administration of mail surveys. *Annual Review of Sociology*, 17, 225-249.
- DILLMAN, D.A. (2000). *Mail and internet surveys: The tailored design method*. New York: Wiley.
- DILLMAN, D.A., SINCLAIR, M.D. & CLARK, J.R. (1993). Effects of questionnaire length, respondent-friendly design, and a difficult question on response rates for occupant-addressed census mail surveys. *Public Opinion Quarterly*, 57 (3), 289-304.
- DÖRR, M.M. (2005). Schwarzarbeit in der Pflege: Dimensionen der illegalen Beschäftigung und wie man sich wehren kann. *Pflegen ambulant*, 16 (1), 30-33.

- DOLINSKY, E.H. (1984). Infantilization of the elderly: An area for nursing research. *Journal of Gerontological Nursing*, 10 (9), 12-19.
- DONORFIO, L.M. & SHEEHAN, N.W. (2001). Relationships dynamics between aging mothers and caregiving daughters: Filial Expectations and Responsibilities. *Journal of Adult Development*, 8, 39-49.
- DRENTEA, P., CLAY, O.J., ROTH, D.L. & MITTELMAN, M.S. (2006). Predictors of improvement in social support: Five-year effects of a structured intervention for caregivers of spouses with Alzheimer's disease. *Social Science and Medicine*, 63 (4), 957-967.
- EISNER, M. (1997). *Das Ende der zivilisierten Stadt? Die Auswirkungen von Modernisierung und städtischem Strukturwandel auf Gewaltdelinquenz*. Frankfurt am Main: Campus
- EISNER, M. (2001). Kriminalität in der Stadt - ist Desintegration das Problem? In J.M. JEHL (Hrsg.). *Raum und Kriminalität: Sicherheit in der Stadt; Migrationsprobleme* (S. 3-24). Mönchengladbach: Forum Verlag.
- ESTES, C. (1986). Politics of ageing in America. *Ageing in Society*, 6 (2), 121-134.
- FARRAL, S., BANNISTER, J., DITTON, J. & GILCHRIST, E. (1997). Questioning in the measurement of the 'fear of crime'. Findings from a major methodological study. *British Journal of Criminology*, 37, 658-679.
- FARRALL, S. & GADD, D. (2004). The frequency of the fear of crime. *British Journal of Criminology*, 44, 127-132.
- FATTAH, E.A. (1993). Research on fear of crime: Some common conceptual and measurement problems. In W. BILSKY, C. PFEIFFER & P. WETZELS (Eds.). *Fear of crime and criminal victimization* (pp. 131-140). Stuttgart: Enke.
- FATTAH, E.A. & SACCO, V.F. (1989). *Crime and victimization of the elderly*. New York: Springer.
- FEIL, N. (1992). Validation therapy. *Geriatric Nursing*, 13 (3), 129-133.
- FEINBERG, L.F. & WHITLATCH, C.J. (2001). Are persons with cognitive impairment able to state consistent choices? *Gerontologist*, 41 (3), 374-382.
- FELSON, M. & CLARKE, R.V. (1998). *Opportunity makes the thief: Practical theory for crime prevention*. London, UK: Home Office.
- FERRARO, K.F. & LAGRANGE, (1987). The measurement of fear of crime. *Sociological Inquiry* 57, 70-101.
- FERRI, C.P., PRINCE, M., BRAYNE, C., BRODATY, H., FRATIGLIONI, L., GANGULI, M., HALL, K., HASEGAWA, K., HENDRIE, H., HUANG, Y., JORM, A., MATHERS, C., MENEZES, P.R., RIMMER, E., SCAZUFCA, M. & ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366, 2112-2117.
- FERRING, D. & FILIPP, S.H. (1999). Soziale Netze im Alter: Selektivität in der Netzwerkgestaltung, wahrgenommene Qualität der Sozialbeziehungen und Affekt. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 31 (3), 127-137.
- FILIPP, S.H. & FERRING, D. (2002). Die Transformation des Selbst in der Auseinandersetzung mit kritischen Lebensereignissen. In G. JÜTTEMANN & H. THOMAE (Hrsg.). *Persönlichkeit und Entwicklung* (S. 191-228). Weinheim: Beltz.
- FOLEY, K.L., TUNG, H.J. & MUTRAN, E.J. (2002). Self-gain and self-loss among African American and white caregivers. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57 (1), S14-S22.
- FORBAT, L. (2003). Relationship difficulties in dementia care. *Dementia*, 2 (1), 67-84.

- FRIED, T.R., BRADLEY, E.H., O'LEARY, J.R. & BYERS, A.L. (2005). Unmet desire for caregiver-patient communication and increased caregiver burden. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53 (1), 59-65.
- FRIEZE, I.H. (2000) Violence in close relationships - Development of a research area: Comment on Archer (2000). *Psychological Bulletin*, 126 (5), 681-684.
- FROMME, E.K., DRACH, L.L., TOLLE, S.W., EBERT, P., MILLER, P., PERRIN, N. & TILDEN, V.P. (2005). Men as caregivers at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8 (6), 1167-1175.
- FUNG, H.H. & CARSTENSEN, L.L. (2004). Motivational changes in response to blocked goals and foreshortened time: Testing alternatives to socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 19, 68-78.
- FUNG, H., CARSTENSEN, L.L. & LANG, F.R. (2001). Age-related patterns of social relationships among African-Americans and Caucasian-Americans: Implications for socioemotional selectivity across the life span. *International Journal of Aging and Human Development*, 52, 185-206.
- GAWRONSKI, D.W. & REDING, M.J. (2001). Post-stroke depression: An update. *Current Atherosclerosis Reports*, 3, 307-312.
- GLINKA, J. (1998). *Das narrative Interview*. Weinheim: Juventa.
- GÖRGEN, T. (2001). Stress, conflict, elder abuse and neglect in German nursing homes: A pilot study among professional caregivers. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 13 (1), 1-26.
- GÖRGEN, T. (2004a). A multimethod study on elder abuse and neglect in nursing homes. *Journal of Adult Protection*, 6 (3), 15-25.
- GÖRGEN, T. (unter Mitarbeit von S. HERBST, A. HÜNEKE & A. NEWIG) (2004b). *Ältere Menschen als Opfer polizeilich registrierter Straftaten* (KFN-Forschungsbericht Nr. 93). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- GÖRGEN, T. (2006). "As if I just didn't exist": Elder abuse and neglect in nursing homes. In A. WAHIDIN & M. CAIN (Eds.). *Ageing, crime and society* (pp. 71-89). Cullompton, UK: Willan.
- GÖRGEN, T., GREVE, W., TESCH-RÖMER, C. & PFEIFFER, C. (2004). *Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen: Opfererfahrungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen im alltäglichen Lebensumfeld und in häuslichen Pflegekontexten - Antrag an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend auf Förderung eines Forschungsprojekts* (KFN-Forschungsbericht Nr. 94). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- GÖRGEN, T., HERBST, S. & RABOLD, S. (2005). *Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen: Erster Sachstandsbericht an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- GÖRGEN, T., RABOLD, S. & HERBST, S. (2006). *Viktimisierungen im Alter und in der häuslichen Pflege: Wege in ein schwieriges Forschungsfeld. Befragungsinstrumente der Studie "Kriminalität und Gewalt im Leben alter Menschen"* (KFN-Forschungsbericht Nr. 99). Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- GÖRGEN, T., KOTLENGA, S. & NÄGELE, B. (2004). "Lotsendienst durch den Dschungel der Altenhilfe"? Überlegungen zu einem bundesweit einheitlich erreichbaren Beratungstelefon für ältere Menschen. *Pro Alter - Fachmagazin des Kuratoriums Deutsche Altershilfe*, 37 (2), 38-40.
- GOLUB, A., JOHNSON, B.D. & LABOUVIE, E. (2000). On correcting biases in self-reports of age at first substance use with repeated cross-section analysis. *Journal of Quantitative Criminology*, 16 (1), 45-68.
- GRÄBEL, E. (1998). Häusliche Pflege dementiell und nicht dementiell Erkrankter, Teil II: Gesundheit und Belastung der Pflegenden. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31 (1), 57-62.

- GRAF, C. (2006). Functional decline in hospitalized older adults. *American Journal of Nursing*, 106 (1), 58-67.
- GREVE, W. (1997). Gewalt gegen alte Menschen im privaten und öffentlichen Raum. In R.D. HIRSCH, B.R. VOLLHARDT & F. ERKENS (Hrsg.). *Gewalt gegen alte Menschen / 1. Arbeitsbericht* (pp.15-22). Bonn: Eigendruck.
- GREVE, W. & GABRIEL, U. (2003). The psychology of fear of crime: conceptual and methodological perspectives. *British Journal of Criminology*, 43, 600-614.
- GREVE, W., HOSSER, D. & WETZELS, P. (1996). *Bedrohung durch Kriminalität im Alter: Kriminalitätsfurcht älterer Menschen als Brennpunkt einer Gerontoviktimologie*. Baden-Baden: Nomos.
- GREVE, W. & NIEDERFRANKE, A. (1998). Bedrohung durch Gewalt und Kriminalität im Alter. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 27, 130-135.
- GREVE, W. & WETZELS, P. (1995). Opfererfahrungen und Kriminalitätsfurcht älterer Menschen. *Report Psychologie*, 20(9), 24-35.
- GRONEMEYER, R. (1987). Erlernte soziale Infantilisierung alter Menschen. In DEUTSCHES ZENTRUM FÜR ALTERSFRAGEN (Hrsg.). *Die ergraute Gesellschaft* (Beiträge zur Gerontologie und Altenarbeit, 71, S. 439-445). Berlin: DZA.
- GWYTHYER, L. (1994). Managing challenging behaviors at home. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 8 (Suppt. 3), S110-S112.
- HAGER, K. & ZIEGLER, K. (1998). Studien der Krankheitsverarbeitung nach einem Schlaganfall. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 31 (1), 9-15.
- HARPER, J.M., SCHAALJE, B.G. & SANDBERG, J.G. (2000). Daily hassles, intimacy, and marital quality in later life marriages. *American Journal of Family Therapy*, 28, 1-18.
- HARRIS, D.K. & BENSON, M.L. (1998). Nursing home theft: The hidden problem. *Journal of Aging Studies*, 12, 57-67.
- HELFER, M.E., KEMPFE, R.S. & KRUGMAN, R.D. (Hrsg.) (2002). *Das misshandelte Kind: körperliche und psychische Gewalt, sexueller Missbrauch, Gedeihstörungen, Münchhausen-by-proxy-Syndrom, Vernachlässigung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- HENDRYX-BEDALOV, P.M. (2000). Alzheimer's dementia. Coping with communication decline. *Journal of Gerontological Nursing*, 26 (8), 20-24.
- HEPWORTH, M. (1996). "William" and the old folks: Notes on infantilisation. *Ageing and Society*, 16 (4), 423-441.
- HERRMANN, M. (1992). Depressive Veränderungen nach cerebrovaskulären Insulten. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 1, 25-43.
- HEYMAN, R.E., FELDBAU-KOHN, S.R., EHRENSAFT, M.K., LANGHINRICHSSEN-ROHLING, J. & O'LEARY, K.D. (2001). Can questionnaire reports correctly classify relationship distress and partner physical abuse? *Journal of Family Psychology*, 15, (2), 315-333.
- HILL, R.A. & DUNBAR, R.I. (2003). Social network size in humans. *Human Nature*, 14 (1), 53-72.
- HOCHSTETLER, A. (2001). Opportunities and decisions: interactional dynamics in robbery and burglary groups. *Criminology*, 39 (3), 737 - 763.
- HÖCHSTSTRAFE FÜR OLAF DÄTER (2001, 23. November). *Hamburger Abendblatt*. Verfügbar unter http://www.abendblatt.de/bin/ha/set_frame/set_frame.cgi?seiten_url=/contents/ha/news/norddeutschland/html/231101/0523olaf1.htm [23.11.2001].

- HOFF, A., TESCH-RÖMER, C., WURM, S. & ENGSTLER, H. (2003). „Die zweite Lebenshälfte“: Längsschnittliche Konzeption des Alterssurveys. In F. KARL (Hrsg.). Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie (S. 185-204). Weinheim: Juventa.
- HOFFMEYER-ZLOTNIK, J.H. (1997a). Quoten versus Random-Route: Vergleich Shell- und DJI-Jugend-Studie. In S. GABLER & J.H. HOFFMEYER-ZLOTNIK (Hrsg.). *Stichproben in der Umfragepraxis* (pp. 68-80). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- HOFFMEYER-ZLOTNIK, J.H. (1997b). Random-Route-Stichproben nach ADM. In S. GABLER & J.H. HOFFMEYER-ZLOTNIK (Hrsg.). *Stichproben in der Umfragepraxis* (pp.33-42). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- HORTON, K. & ARBER, S. (2004). Gender and the negotiation between older people and their carers in the prevention of falls. *Ageing and Society*, 24 (1), 75-94.
- HOSSER, D. & GREVE, W. (1999). *Gefängnis und die Folgen: Identitätsentwicklung und kriminelles Handeln während und nach Verbüßung einer Jugendstrafe*. (KFN – Forschungsberichte, Nr. 77.), Hannover: Kriminologisches Forschungsinstitut Niedersachsen.
- HOUDE, S.C. (2001). Men providing care to older adults in the home. *Journal of Gerontological Nursing*, 27 (8), 13-19.
- HUGHES, M. (1997). "That triggers me right off": Factors influencing abuse and violence in older people's care-giving relationships. *Australian Journal on Ageing*, 16 (2), 53-60.
- HUTTENLOCHER, J., HEDGES, L.V. & BRADBURN, N.M. (1990). Reports of elapsed time: Bounding and rounding processes in estimation. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 16, 196-213.
- INFAS, INSTITUT FÜR ANGEWANDTE SOZIALWISSENSCHAFT GMBH (2005). *"Viktimisierungen, Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht in alltäglichen Wohn- und Lebensumfeldern" - Methodenbericht*. Bonn: infas.
- INGERSOLL-DAYTON, B., NEAL, M.B., HA, J. & HAMMER, L.B. (2003). Redressing inequity in parent care among siblings. *Journal of Marriage and Family* 65 (1), 201-212.
- INGLEHART, R. (1997). *Modernization and postmodernization*. Princeton: Princeton University Press.
- INGLEHART, R., BASAÑEZ, M. & MORENO, A. (Eds.) (1998). *Human values and beliefs: A cross-cultural source-book*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- JACKSON, B., KUBZANSKY, L. & WRIGHT, R.J (2006). Linking perceived unfairness to health: The Perceived Unfairness Model. *Review of General Psychology*, 10 (1), 21-40.
- JACKSON, J. (2005). Validating new measures of the fear of crime. *International Journal of Social Research Methodology*, 8 (4), 297-315.
- JANSON, C.G. (1990). Retrospective data, undesirable behavior, and the longitudinal perspective. In D. MAGNUSSON & L.R. BERGMAN (Eds.). *Data quality in longitudinal research* (pp. 100-121). New York, NY: Cambridge University Press.
- JECKER, N.S. (2001). Taking care of one's own: Justice and family caregiving. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 23 (2), 117-133.
- JOHNSON, M.P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57,283-294.

- JOHNSON, M.P. (2001). Conflict and control: Symmetry and asymmetry in domestic violence. In A. BOOTH, A.C. CROUTER & M. CLEMENTS (Eds.). *Couples in conflict* (pp. 95-104). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- JOHNSON, M.P. & FERRARO, K. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 948-963.
- KÄFERSTEIN, H., MADEA, B. & STICHT, G. (1996). Todesfälle während ambulanter Pflege. In M. OEHMICHEN (Hrsg.). *Lebensverkürzung, Tötung und Serientötung – eine interdisziplinäre Analyse der „Euthanasie“* (S. 205-216). Lübeck: Schmidt-Römhild.
- KANNER, A.D., COYNE, J.C., SCHAEFER, C. & LAZARUS, R.S. (1981). Comparisons of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 1-39.
- KELLE, U. & KLUGE, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich
- KELLER, K.M., NOEKER, M., HILLIGES, C., LENARD, H.G. & LENTZE, M.J. (1997). Münchhausen-by-proxy-Syndrom. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 145, 1156-1162.
- KIDDER, L. & COHN, E. (1979). Public views of crime and crime prevention. In I.H. FRIEZE, D. BAR-TAL & J.S. CARROLL (Eds.). *New approaches to social problems* (pp.237-264). San Francisco: Jossey-Bass.
- KIM, J.S. CHOI, S., KWON, S.U. & SEO, Y. S. (2002). Inability to control anger or aggression after stroke. *Neurology*, 58, 1106-1108.
- KINNEY, J.M. & STEPHENS, M.A. (1989). Caregiving Hassles Scale: Assessing the daily hassles of caring for a family member with dementia. *Gerontologist*, 29 (3), 328 – 332.
- KLIE, T. (2005). Altersdemenz als Herausforderung für die Gesellschaft. In NATIONALER ETHIKRAT: *Niederschrift über die Jahrestagung Altersdemenz und Morbus Alzheimer 27. Oktober 2005 in Berlin, Teil 2 - Nachmittag* (S. 2-7). Berlin: Nationaler Ethikrat.
- KLIE, T. & BLAUMEISTER, H. (2002). Perspektive Pflegemix. In T. KLIE, A. BUHL, H. ENTZIAN & R. SCHMIDT (Hrsg.). *Das Pflegewesen und die Pflegebedürftigen: Analysen zu Wirkungen der Pflegeversicherung und ihrem Reformbedarf* (Beiträge zur Sozialen Gerontologie und Altenarbeit, S. 132-152). Frankfurt/M. Mabuse Verlag.
- KLUGE, S. (1999). *Empirisch begründete Typenbildung: Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich.
- KLUGE, S. (2000). Empirisch begründete Typenbildung in der qualitativen Sozialforschung [20 Absätze]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* [On-line Journal], 1 (1). Verfügbar unter <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00kluge-d.htm> [05.01.2006].
- KNIGHT, B.G., ROBINSON, G.S., LONGMIRE, C.V., CHUN, M., NAKAO, K. & KIM, J. H. (2002). Cross cultural issues in caregiving for persons with dementia: do familism values reduce burden and distress? *Ageing International*, 27 (3), 70-94.
- KOCH, A. (1998). Wenn „mehr“ nicht gleichbedeutend mit „besser“ ist: Ausschöpfungsquoten und Stichprobenverzerrungen in allgemeinen Bevölkerungsumfragen. *ZUMA-Nachrichten*, 42, 66-93.
- KOCH, A. (2004). *Nonresponse in der Umfrageforschung: das Beispiel ALLBUS*. Mannheim: ZUMA.
- KOLM, S.C. (2000). The theory of reciprocity. In L.A. GÉRARD-VARET, S.C. KOLM & J.M. YTHIER (Eds.). *The economics of reciprocity, giving and altruism* (pp. 115-141). Houndmills: MacMillan Press.
- KONDRATOWITZ, H.J. V., TESCH-RÖMER, C. & MOTEL-KLINGEBIEL, A. (2002). La qualité de vie des personnes âgées dans les Etats-providence européens, *Retraite et Société*, 38, 136-169.

- KONSTAM, V., HOLMES, W., WILCZENSKI, F., BALIGA, S., LESTER, J. & PRIEST, R. (2003). Meaning in the lives of caregivers of individuals with Parkinson's disease. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 10 (1), 17-25.
- KORBIN, J., ANETZBERGER, G. & AUSTIN, C. (1995). The intergenerational cycle of violence in child and elder abuse. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 7 (1), 1-15.
- KRAAIJ, V., ARENSMAN, E. & SPINHOVEN, P. (2002). Negative life events and depression in elderly persons: a meta-analysis. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57B (1), P87-P94.
- KRAMER, B.J. (2000). Husbands caring for wives with dementia: a longitudinal study of continuity and change. *Health and Social Work*, 25 (2), 97-107.
- KRAMER, B.J. (2002). Men caregivers: An overview. In B. KRAMER & E. THOMPSON (Eds.). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications* (pp.3-19). New York: Springer.
- KRUPINSKI, M., SOYKA, M., TUTSCH-BAUER, E. & FRANK, R. (1995). Münchhausen-by-proxy-Syndrom: eine interdisziplinäre Herausforderung. *Nervenheilkunde*, 14, 348-356.
- KRUSE, A. (1995). Menschen im Terminalstadium und ihre betreuenden Angehörigen als "Dyade": Wie erleben sie die Endlichkeit des Lebens, wie setzen sie sich mit dieser auseinander? Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 28 (4), 264-272.
- KUBE, E. (1990). Tatgelegenheitsstruktur und Kriminalitätsprävention. In J. BRAND & M. BUSCH (Hrsg.). *Marginalien zur unsichtbaren Universität: Festschrift für Josef Maria Häußling zum 65.Geburtstag* (S. 161 - 177). Otterbach: Verlag Franz Arbogast.
- KÜBLER-ROSS, E. (1969). *On death and dying*. New York, NY: Macmillan.
- KURY, H., DÖRMANN, U., RICHTER, H. & WÜRGER, M. (1992). *Opfererfahrungen und Meinungen zur inneren Sicherheit in Deutschland*. Wiesbaden: Bundeskriminalamt.
- KURY, H., LICHTBLAU, A., NEUMAIER, A. & OBERGFELL-FUCHS, J. (2004). Zur Validität der Erfassung von Kriminalitätsfurcht. *Soziale Probleme*, 15, 141-165.
- KURY, H., OBERGFELL-FUCHS, J. & WÜRGER, M. (2000). *Gemeinde und Kriminalität: eine Untersuchung in Ost- und Westdeutschland*. Freiburg i. Br.: edition isucrim.
- LANG, F.R., STAUDINGER, U.M. & CARSTENSEN, L.L. (1998). Socioemotional selectivity in late life: How personality does (and does not) make a difference. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 53B, P21-P30.
- LOBOPRABHU, S., MOLINARI, V., ARLINGHAUS, K., BARR, E. & LOMAX, J. (2005). Spouses of patients with dementia: how do they stay together "till death do us part"? *Journal of Gerontological Social Work*, 44 (3-4), 161-174.
- LÖCKENHOFF, C.E. & CARSTENSEN, L.L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of Personality*, 72, 1395-1424.
- LOFTUS, E.F., SMITH, K.D., KLINGER, M.R. & FIEDLER, J. (1992). Memory and mismemory for health events. In J.M. TANUR (Ed.). *Questions about questions: Inquiries into the cognitive bases of surveys* (pp. 102-137). New York: Russell Sage Foundation.
- LOSADA, A., SHURGOT, G.R., KNIGHT, B.G., MARQUEZ, M., MONTORIO, I., IZAL, M. & RUIZ, M.A. (2006). Cross-cultural study comparing the association of familism with burden and depressive symptoms in two samples of Hispanic dementia caregivers. *Aging and Mental Health*, 10 (1), 69-76.

- LOWENSTEIN, A. & DAATLAND, S.O. (2006). Filial norms and family support in a comparative cross-national context: evidence from the OASIS study. *Ageing and Society*, 26 (2), 203-223.
- LOWENSTEIN, A. & OGG, J. (Eds.) (2003). *Final reports for project OASIS: Old age and autonomy: The role of service systems and intergenerational family solidarity*. Haifa: The Center for Research and Study of Aging.
- LÜSCHER, K. (2004). Conceptualizing and uncovering intergenerational ambivalence. In K. PILLEMER & K. LÜSCHER (Eds.). *Intergenerational ambivalences: New perspectives on parent-child relations in later life* (pp. 23-62). Amsterdam: Elsevier.
- LÜSCHER, K. (2005). Looking at ambivalences: The contribution of a "new-old" view of intergenerational relations to the study of the life course. In R. LEVY, P. GHISLETTA, P., J.M LE GOFF, D. SPINI & E. WIDMER (Eds.). *Towards an interdisciplinary perspective on the life course* (pp. 95-131). London: Elsevier.
- LÜSCHER, K., PAJUNG-BILGER, B., LETTKE, F. & BÖHMER, S. (2000). *Generationenambivalenzen operationalisieren: Konzeptuelle, methodische und forschungspraktische Grundlagen*. (Universität Konstanz, Forschungsschwerpunkt »Gesellschaft und Familie«, Arbeitspapier Nr. 34.1. Konstanz: Universität Konstanz.
- LYONS, K.S., ZARIT, S.H., SAYER, A.G. & WHITLATCH, C.J. (2002). Caregiving as a dyadic process: Perspectives from caregiver and receiver. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, P195-P204.
- MACE, N.L. & RABINS, P.V. (1991). *The 36-hour day: a family guide to caring for persons with Alzheimer's disease, related dementing illnesses, and memory loss in later life*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- MARCUSSEN, K., RITTER, C. & SAFRON, D. (2004). The role of identity salience and commitment in the stress process. *Sociological Perspectives*, 47 (3), 289-312.
- MARWIT, S.J. & MEUSER, T.M. (2002). Development and initial validation of an inventory to assess grief in caregivers of persons with Alzheimer's Disease. *Gerontologist*, 42 (6), 751 - 765.
- MAYHEW, P.A., ACTON, G.J., YAU, S. & HOPKINS, B.A. (2001). Communication from individuals with advanced DAT: can it provide clues to their sense of self-awareness and well-being? *Geriatric Nursing*, 22 (2), 106-110.
- MCKEE, K. J., WHITTICK, J. E. , BALLINGER, B. B., GILHOOLY, M. L., GORDON, D. S., MUTCH, W. J. & PHILP, I. (1997) Coping in family supporters of elderly people with dementia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 323-340.
- MEUSER, T.M. & MARWIT, S.J. (2001). A comprehensive, stage-sensitive model of grief in dementia caregiving. *Gerontologist*, 41, 658-670.
- MILES, M.B. & HUBERMAN, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- MINNER, D., HOFFSTETTER, P., CASEY, L. & JONES, D. (2004). Snoezelen activity: the Good Shepherd Nursing Home experience. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (4), 343-348.
- MOHLER, P.P., KOCH, A. & GABLER, S. (2003). ALLES ZUFALL ODER? Ein Diskussionsbeitrag zur Qualität von face to face-Umfragen in Deutschland. *ZUMA-Nachrichten*, 53, 10-15.
- MONTORO-RODRIGUEZ, J. & KOSLOSKI, K. (1998). The impact of acculturation on attitudinal familism in a community of Puerto Rican Americans. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 20, 375-390.

- MORRIS, M. (2004). What research reveals about gender, home care and caregiving: Overview and the case for gender analysis. In K.R. GRANT, C. AMARATUNGA, P. ARMSTRONG, M. BOSCOE, A. PEDERSON & K. WILLSON (Eds.). *Caring for/caring about: Women, home care, and unpaid caregiving* (pp. 91-113). Aurora, Ontario, Canada: Garamond Press.
- MOTEL-KLINGEBIEL, A., v. KONDRATOWITZ, H.J. & TESCH-RÖMER, C. (2002). Unterstützung und Lebensqualität im Alter: Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel. In A. MOTEL-KLINGEBIEL, H.J. v. KONDRATOWITZ & C. TESCH-RÖMER (Hrsg.). *Lebensqualität im Alter – Generationenbeziehungen und öffentliche Servicesysteme im sozialen Wandel* (pp. 201-227). Opladen: Leske+Budrich.
- MOTEL-KLINGEBIEL, A., TESCH-RÖMER, C. & v. KONDRATOWITZ, H.J. (2003). Die gesellschaftsvergleichende Studie OASIS – Familiäre und wohlfahrtsstaatliche Determinanten der Lebensqualität im Alter. In F. KARL (Hrsg.). *Sozial- und verhaltenswissenschaftliche Gerontologie* (pp. 163-183). Weinheim: Juventa.
- MOTEL-KLINGEBIEL, A., TESCH-RÖMER, C. & v. KONDRATOWITZ, H.J. (2005). Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses. *Ageing and Society*, 25 (6), 863-882.
- MÜLLER, S. (2005). Billig und willig. *Altenpflege*, 30 (8), 26-27.
- MYERS, R. & JACOBO, J. (2005). "Home invasion" type elder abuse, part I. *Victimization of the Elderly and Disabled*, 8 (2), 27-28.
- NEWTON, R.R., CONNELLY, C.D. & LANDSVERK, J.A. (2001). An examination of measurement characteristics and factorial validity of the revised conflict tactics scale. *Educational and Psychological Measurement*, 61 (2), 317-335.
- NIEDERFRANKE, A. & GREVE, W. (1996). Bedrohung durch Gewalt im Alter: Argumente für eine sozialwissenschaftliche Perspektive. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29 (3), 169-175.
- NIJBOER, C., TEMPELAAR, R., SANDERMAN, R., TRIEMSTRA, M., SPRUIJT, R.J. & VAN DEN BOS, G.A. (1998). Cancer and caregiving: The impact on the caregiver's health. *Psycho-Oncology*, 7, 3-13.
- NILSSON, I., JANSSON, L. & NORBERG, A. (1999). Crisis phenomena after stroke reflected in an existential perspective. *International Journal of Aging and Human Development*, 49 (4), 259-277.
- NOEKER, M. & KELLER, K.M. (2002). Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 150 (11), 1357 – 1369.
- NOLAN, M. (1997). Sustaining meaning: A key concept in understanding elder abuse. In P. DECALMER & F. GLENDENNING (Eds.). *The mistreatment of elderly people* (2nd ed., S.199-209). London: Sage.
- O'LEARY, K.D. (2000). Are women really more aggressive than men in intimate relationships? Comment on Archer (2000). *Psychological Bulletin*, 126 (5), 685-689.
- PANEL TO REVIEW RISK AND PREVALENCE OF ELDER ABUSE AND NEGLECT (2003). Elder mistreatment. In R.J. BONNIE & R.B. WALLACE (Eds.). *Elder mistreatment: Abuse, neglect, and exploitation in an aging America* (S. 1-164). Washington, DC: National Academies Press.
- PATIENTIN MISSHANDELT: HAFT FÜR ALTENPFLEGER (2006, 19. Mai). *Hannoversche Allgemeine Zeitung*. Verfügbar unter <http://www.haz.de/hannover/287664.html> [19.05.2006].
- PAYNE, B.K. (2003). *Crime in the home health care field: Workplace violence, fraud, and abuse*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- PAYNE, B.K., BERG, B.L. & BYARS, K. (1999). A qualitative examination of the similarities and differences of elder abuse definitions among four groups: Nursing home directors, nursing home employees, police chiefs and students. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 10 (3-4), 63-85.
- PAYNE, B.K. & CIKOVIC, R. (1995). An empirical examination of the characteristics, consequences, and causes of elder abuse in nursing homes. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 7 (4), 61-74.

- PRENTICE, J. & STACEY, M. (2001). Pressure ulcers: the case for improving prevention and management in Australian health care settings. *Primary Intention*, 9, 111-120
- PERRY, J.C. (1990). *Defense mechanism rating scale*. Cambridge, MA: Harvard School of Medicine.
- PERRY, J.C. & COOPER, S.H. (1989). An empirical study of defense mechanisms. I. Clinical interview and life vignette ratings. *Archives of General Psychiatry*, 46 (5), 444-452.
- PHILLIPSON, C. (1998). *Reconstructing old age*. London: Sage.
- PHILP, I., MCKEE, K.J. & MELDRUM, P. (1995). Community care for demented and non-demented elderly people: a comparison study of financial burden, service use, and unmet needs in family supporters. *British Medical Journal*, 310, 1503-1506.
- PILLEMER, K. & BACHMAN-PREHN, R. (1991). Helping and hurting: Predictors of maltreatment of patients in nursing homes. *Research on Aging*, 13 (1), 74-95.
- PILLEMER, K. & SUITOR, J. (1992). Violence and violent feelings: What causes them among family caregivers? *Journal of Gerontology*, 47 (6), 165-172.
- POPENOE, D. (1988). *Disturbing the nest: Family change and decline in modern societies*. New York: Aldine de Gruyter.
- QUAYHAGEN, M., QUAYHAGEN, M., PATTERSON, T., IRWIN, M., HAUGER, R. & GRANT, I. (1997). Coping with dementia: Family caregiver burnout and abuse. *Journal of Mental Health and Aging*, 3 (3), 357-364.
- RABOLD, S. (2006). *Misshandlung und Vernachlässigung älterer Menschen durch ambulante Pflegekräfte: eine Befragung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ambulanter Dienste*. Magisterarbeit im Hauptfach Soziologie, Technische Universität Dresden.
- RANDO, T.A. (1986). *Loss and anticipatory grief*. Lexington, MA: Lexington Books.
- RANDO, T.A. (2000). *Clinical dimensions of anticipatory mourning: Theory and practice in working with the dying, their loved ones and their caregivers*. Champaign, IL: Research Press.
- RANKIN, E.D. (1990). Caregiver stress and the elderly: A familial perspective. *Journal of Gerontological Social Work*, 15, 57-73.
- RAVEIS, V.H., KARUS, D.G. & SIEGEL, K. (1998). Correlates of depressive symptomatology among adult daughter caregivers of a parent with cancer. *Cancer*, 83 (8), 1652-1663.
- RAWLS, J. (1971). *A theory of justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- REDINBAUGH, E.M., ZEISS, A.M., DAVIES, H.D. & TINKLENBERG, J.R. (1997). Sexual behavior in men with dementing illness. *Clinical Geriatrics*, 5 (13), 45-50.
- REUBAND, K.H. (2000). Der "Standardindikator" zur Messung der Kriminalitätsfurcht – in "skandalöser Weise" unspezifisch und in der Praxis dennoch brauchbar? *Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform*, 3, 185-195.
- RICHTER, E. (2004). Illegale Pflegekräfte heiß begehrt. *Forum Sozialstation*, 28 (128), 14-17.
- RICHTER, E. (2005). Begehrt und bekämpft: osteuropäische Pflegekräfte. *Forum Sozialstation*, 29 (133), 14-15.
- ROBINSON, A., SPENCER, B. & WHITE, L. (1994). *Understanding difficult behaviors: Some practical suggestions for coping with Alzheimer's disease and related illnesses*. Ypsilanti, Michigan: Eastern Michigan University.

- ROTHERMUND, K., DILLMANN, U. & BRANDTSTÄDTER, J. (1994). Belastende Lebenssituationen im mittleren und höheren Erwachsenenalter: zur differentiellen Wirksamkeit assimilativer und akkommodativer Bewältigung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 245-268.
- RUNDE, P., GIESE, R., SCHNAPP, P. & STIERLE, C. (2002). *Einstellungen und Verhalten zur Pflegeversicherung und zur häuslichen Pflege im Vergleich von 1997 und 2002*. Universität Hamburg: Arbeitsstelle für Rehabilitations- und Präventionsforschung.
- SACHWEH, S. (1998a). Granny darling's nappies: Secondary babytalk in German nursing homes for the aged. *Journal of Applied Communication Research*, 26, 52-65.
- SACHWEH, S. (1998b). "so frau adams. guck mal. ein feines bac-spray. gut?" Charakteristische Merkmale der Kommunikation zwischen Pflegepersonal und BewohnerInnen in der Altenpflege. In R. FIEHLER & C. THIMM (Hrsg.). *Sprache und Kommunikation im Alter* (S. 143-160). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- SACHWEH, S. (1999). *"Schätzle hinsitze!" Kommunikation in der Altenpflege*. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- SACHWEH, S. (2000). Hallo Mäuschen! Kuckuck! Babysprache in der Altenpflege. *Pflegezeitschrift*, 53 (9), 601-604.
- SACHWEH, S. (2001). *«Noch ein Löffelchen?» Effektive Kommunikation in der Altenpflege*. Bern: Hans Huber.
- SACHWEH, S. (2002). Ist Babysprache bäh? *Altenpflege*, 27 (4), 38-40.
- SADLER, P., KURRLE, S. & CAMERON, I. (1995). Dementia and elder abuse. *Australian Journal on Ageing*, 14 (1), 36-40.
- SALANT, P. & DILLMAN, D.A. (1994). *How to conduct your own survey*. New York: Wiley.
- SALARI, S.M. & RICH, M. (2001). Social and environmental infantilization of aged persons: Observations in two adult day care centers. *International Journal of Aging and Human Development*, 55 (2), 115-134.
- SALASKE, I. (1997). Die Befragbarkeit von Bewohnern stationärer Alteneinrichtungen unter besonderer Berücksichtigung des Verweigerungsverhaltens: eine Analyse mit den Daten des Altenheimsurvey. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 49 (2), 291-305.
- SANDERS, S. (2005). Is the glass half empty or full? Reflections on strain and gain in caregivers of individuals with Alzheimer's disease. *Social Work in Health Care*, 40 (3), 57-73.
- SAVEMAN, B.I., HALLBERG, I.R. & NORBERG, A. (1996). Narratives by district nurses about elder abuse within families. *Clinical Nursing Research*, 5 (2), 220-236.
- SCHEIDT, C.E. & SCHWIND, A. (1992). Zur Psychodynamik der Krankheitsverarbeitung bei Schlaganfall – Erfahrungen einer psychotherapeutischen Gruppe. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 42, 54-59.
- SCHETSCHKE, M. (1996). *Die Karriere sozialer Probleme: soziologische Einführung*. München: Oldenbourg.
- SCHIAMBERG, L.B. & GANS, D. (1999). Ecological framework for contextual risk factors in elder abuse by adult children. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 11 (1), 79-103.
- SCHIAMBERG, L.B. & GANS, D. (2000). Elder abuse by adult children: an applied ecological framework for understanding contextual risk factors and the intergenerational character of quality of life. *International Journal of Aging and Human Development*, 50 (4), 329-359.
- SCHIM, S.M., THORNBURG, P. & KRAVUTSKE, M.E. (2001). Time, task and talents in ambulatory care nursing. *Journal of Nursing Administration*, 31 (6), 311-315.

- SCHLENKER, B.R., WEIGOLD, M.E. & HALLAM, J.R. (1990). Self-serving attributions in social context: Effects of self-esteem and social pressure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 655-863.
- SCHNEEKLOTH, U. & LEVEN, I. (2003). Woran bemisst sich eine „gute“ allgemeine Bevölkerungsumfrage? Analysen zu Ausmaß, Bedeutung und zu den Hintergründen von Nonresponse in zufallsbasierten Stichprobenerhebungen am Beispiel des ALLBUS. *ZUMA-Nachrichten*, 53, 16-57.
- SCHNEIDER, H.D. (1990). Bewohner und Personal als Quellen und Ziel von Gewalttätigkeit in Altenheimen. *Zeitschrift für Gerontologie*, 23, 186-196.
- SCHNEIDER, H.D. & SIGG, E. (1990). *Gibt es das: Gewalttätigkeit in Alters- und Pflegeheimen? Ergebnisse einer Untersuchung in der deutschsprachigen Schweiz*. Freiburg (CH): Forschungsgruppe Gerontologie am Psychologischen Institut der Universität Freiburg / Schweiz.
- SCHNEIDER, S.M., GALLERY, M.E., SCHAFERMEYER, R. & ZWEMER, F.L. (2003). Emergency department crowding: a point in time. *Annals of Emergency Medicine*, 42 (2), 167-172.
- SCHOFIELD, P. & DAVIS, B. (1998). Sensory deprivation and chronic pain: A review of the literature. *Disability and Rehabilitation*, 20 (10), 357-366.
- SCHÜTZE, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. *Neue Praxis*, 13, 283-293.
- SCHULZ, R. & BEACH S.R. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. The Caregiver Health Effects Study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 2215-2219.
- SCOTT, C.B. (1993). Circular victimization in the caregiving relationship. *Western Journal of Nursing Research*, 15, 230-245.
- SEDIKIDES, C., CAMPBELL, W.K., REEDER, G.D. & ELLIOT, A.J. (1998). The self-serving bias in relational context. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 378-386.
- SHERMAN, B. (1999). *Sex, intimacy and aged care*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- SHURGOT, G.R. & KNIGHT, B.G. (2004). Preliminary study investigating acculturation, cultural values, and psychological distress in Latino caregivers of dementia patients. *Journal of Mental Health and Aging*, 10 (3), 183-194.
- SHURGOT, G.R. & KNIGHT, B.G. (2005). Influence of neuroticism, ethnicity, familism, and social support on perceived burden in dementia caregivers: pilot test of the transactional stress and social support model. *Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60B (6), P331-P334.
- SMITH, N.J. & ARDERN, M.H. (1989). 'More in sickness than in health': a case study of Munchausen by Proxy in the elderly. *Journal of Family Therapy*, 11 (4), 321-334.
- STATISTISCHES BUNDESAMT (2003). *Bevölkerung Deutschlands bis 2050: 10. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STEIN, C.H., WEMMERUS, V.A., WARD, M., GAINES, M.E., FREEBERG, A.L. & JEWELL, T.C. (1998). "Because they're my parents": An intergenerational study of felt obligation and parental caregiving. *Journal of Marriage and Family*, 60, 611-622.
- STOLLER, E. (2002). Theoretical perspectives on caregiving men. In B. KRAMER & E. THOMPSON (Eds.). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications* (pp.51-68). New York: Springer.
- STOLTZ, P., UDEN, G. & WILLMAN, A. (2004). Support for family carers who care for an elderly person at home - a systematic literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18 (2), 111-119.
- STRAUS, M.A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CTS) Scales." *Journal of Marriage and the Family*, 41 (1), 75-88.

- STRAUS, M.A. (1990). The Conflict Tactics Scales and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. In M.A. STRAUS & R.J. GELLES (Eds.). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations in 8,145 families* (pp. 49-73). New Brunswick, NJ: Transaction.
- STRAUS, M.A. (2004). Cross-cultural reliability and validity of the revised conflict tactics scales: A study of university student dating couples in 17 nations. *Cross-Cultural Research*, 38 (4), 407-432.
- STRAUS, M.A. & DOUGLAS, E.M. (2004). A short form of the revised conflict tactics scales, and typologies for severity and mutuality. *Violence and Victims*, 19 (5), 507-520.
- STRAUS, M.A., HAMBY, S.L., BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D.B. (1995). *The revised Conflict Tactics Scales (CTS2-form A)*. Durham, NH: Family Research Laboratory.
- STRAUS, M.A., HAMBY, S.L., BONEY-MCCOY, S. & SUGARMAN, D.B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- STRAUS, M.A., HAMBY, S.L. & WARREN, W.L. (2003). *The conflict tactics scales handbook*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- STRAWBRIDGE, W.J. & WALLHAGEN, M.I. (1991). Impact of family conflict on adult child caregivers. *Gerontologist*, 31 (6), 770-777.
- TAPPEN, R.M., WILLIAMS-BURGESS, C., EDELSTEIN, J., TOUHY, T. & FISHMAN, S. (1997). Communicating with individuals with Alzheimer's disease: examination of recommended strategies. *Archives of Psychiatric Nursing*, 11 (5), 249-256.
- TESCH-RÖMER, C. (2001). Intergenerational solidarity and caregiving. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34 (1), 28-33.
- TESCH-RÖMER, C., ENGSTLER, H. & WURM, S. (Hrsg.) (2006). *Altwerden in Deutschland: sozialer Wandel und individuelle Entwicklung in der zweiten Lebenshälfte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- TESCH-RÖMER, C., MOTEL-KLINGEBIEL, A. & V.KONDRATOWITZ, H.J. (2001). Lebensqualität und intergenerationelle Solidarität. *Informationsdienst Altersfragen*, 28 (3/4), 3-5.
- TESCH-RÖMER, C., V.KONDRATOWITZ, H.J., MOTEL-KLINGEBIEL, A. & SPANGLER, D. (2001). *OASIS-Old Age and Autonomy: The role of service systems and intergenerational family solidarity. Erhebungsdesign und Instrumente des deutschen Survey*. Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- TESCH-RÖMER, C., WURM, S., HOFF, A., & ENGSTLER, H. (2002a). Alterssozialberichterstattung im Längsschnitt: Die zweite Welle des Alterssurveys. In A. MOTEL-KLINGEBIEL & U. KELLE (Hrsg.) *Perspektiven der empirischen Alter(n)ssoziologie* (S. 155-190). Opladen: Leske + Budrich.
- TESCH-RÖMER, C., WURM, S., HOFF, A., & ENGSTLER, H. (2002b). *Die zweite Welle des Alterssurveys: Erhebungsdesign und Instrumente* (Diskussionspapier Nr. 35). Berlin: Deutsches Zentrum für Altersfragen.
- THOITS, P.A. (1991). On merging identity theory and stress research. *Social Psychology Quarterly*, 54 (2), 101-112.
- THOITS, PA (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra issue*, 53-79.
- THOMA, J., SCHACKE, C. & ZANK, S. (2004). Gewalt gegen demenziell Erkrankte in der Familie: Datenerhebung in einem schwer zugänglichen Forschungsgebiet. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 37 (5), 349-350.

- THOMAS, P., CHANTION-MERLET, S., HAZIF-THOMAS, C., BELMIN, J., MONTAGNE, B., CLEMENT, J., LEBRUCHEC, M., & BILLON, R. (2002). Complaints of informal caregivers providing home care for dementia patients: the Pixel study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (11), 1034-1047.
- THOMAS, P., LALLOUÉ, F., PREUX, P.M., HAZIF-THOMAS, C., PARIEL, S., INSCALE, R., BELMIN, J., CLÉMENT, J.P. (2006). Dementia patients caregivers quality of life: the PIXEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (1), 50-56.
- THOMAS, T. & OVER, R. (1994). Differences between elderly persons entering for-profit and nonprofit long-term-care residences. *Australian Journal on Ageing*, 13 (1), 30-35.
- THOMPSON, E.H. (2002). What's unique about men's caregiving? In B. KRAMER & E. THOMPSON (Eds.). *Men as caregivers: Theory, research, and service implications* (pp.20-50). New York: Springer.
- ULLRICH, B. (2002). Ältere Migranten in der Einwanderungsgesellschaft: ein Beitrag zur Qualitätsdiskussion in Pflegeeinrichtungen. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 149 (5), 189-192.
- UNGERSON, C. (2005). Gender, labour markets and care work in five European funding regimes. In B. PFAU-EFFINGER & B. GEISLER (Eds.). *Care and social integration in European societies* (pp. 49-71). Bristol: The Policy Press.
- UPTON, N. & REED, V. (2006). The influence of social support on caregiver coping. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, 11 (2), 1256-1267.
- VALENTE, S.M. & BULLOUGH, V. (2004). Sexual harassment of nurses in the workplace. *Journal of Nursing Care Quality*, 19 (3), 234-241.
- VAN TILBURG, T.G. (1995). Delineation of the social network and differences in network size. In C.P.M. KNIPSCHER, J. DE JONG GIERVELD, T.G. VAN TILBURG & P.A. DYKSTRA (Eds.). *Living arrangements and social networks of older adults* (pp. 83-96). Amsterdam: VU University Press.
- VAN TILBURG, T.G. (2003). Consequences of men's retirement for the continuation of work-related personal relationships. *Ageing International*, 28 (4), 345-358. .
- VELTMAN, A., CAMERON, J. & STEWART, D.E. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190 (2), 108-114.
- VILLARREAL, R., BLOZIS, S.A. & WIDAMAN, K.F. (2005). Factorial invariance of a Pan-Hispanic Familism Scale. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 27, 409-425.
- VOLD, G.B., BERNARD, T.J. & SNIPES, J.B. (2002). *Theoretical criminology* (5th ed). Oxford: Oxford University Press.
- WALDMANN, B. (2004). Illegale Beschäftigung - ein gemeinsames Problem: bpa bezieht Stellung. *Pflegen ambulant*, 15 (4), 24-25.
- WANCATA, J., MUSALEK, M., ALEXANDROWICZ, R. & KRAUTGARTNER, M. (2003). Number of dementia sufferers in Europe between the years 2000 and 2050. *European Psychiatry*, 18 (6), 306-313.
- WENSIEN, A.M. (2005). Pflege alter türkischer Migranten: Kultursensible Pflege. *Forum Sozialstation*, 29 (132), 42-44.
- WETZELS, P. & GREVE, W. (1996). Alte Menschen als Opfer innerfamiliärer Gewalt - Ergebnisse einer kriminologischen Dunkelfeldstudie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 29 (3), 191-200.
- WETZELS, P., GREVE, W., MECKLENBURG, E., BILSKY, W. & PFEIFFER, C. (1995). *Kriminalität im Leben alter Menschen: Eine altersvergleichende Untersuchung von Opfererfahrungen, persönlichem Sicherheitsgefühl und Kriminalitätsfurcht. Ergebnisse der KFN-Opferbefragung 1992* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Bd. 105). Stuttgart: Kohlhammer.

- WHITBOURNE, S.K., CULGIN, S. & CASSIDY, E. (1995). Evaluation of infantilizing intonation and content of speech directed at the aged. *International Journal of Aging and Human Development*, 41 (2), 109-116.
- WHITE, J.W., SMITH, P.H., KOSS, M.P. & FIGUEREDO, A.J. (2000). Intimate partner aggression-what have we learned? Comment on Archer (2000). *Psychological Bulletin*, 126 (5), 690-696.
- WITTICH, U., GÖRGEN, T. & KREUZER, A. (1998). *Wenn zwei das gleiche berichten.... Beitrag zur kriminologischen Dunkelfeldforschung durch vergleichende Delinquenzbefragungen bei Studenten und Strafgefangenen*. Mönchengladbach: Forum-Verlag Godesberg.
- WITZEL, A. (1982). *Verfahren der qualitativen Sozialforschung: Überblick und Alternativen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- WITZEL, A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. JÜTTEMANN (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie. Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder* (pp.227-256). Heidelberg: Asanger.
- WITZEL, A. (1996) Auswertung problemzentrierter Interviews. Grundlagen und Erfahrungen. In R. STROBL & A. BÖTTGER (Hrsg.). *Wahre Geschichten? Zur Theorie und Praxis qualitativer Interviews* (pp.49-76). Baden Baden: Nomos.
- WITZEL, A. (2000). Das problemzentrierte Interview / The problem centered interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum Qualitative Social Research* [Online Journal], 1 (1). Verfügbar unter <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-d/1-00inhalt-d.htm> [21.12.2001].
- WOLF, R.S. (1998). Caregiver stress, Alzheimer's disease, and elder abuse. *American Journal of Alzheimer's Disease*, 13 (2), 81-83.
- WOLF, R.S. & PILLEMER, K.A. (1989). *Helping elderly victims: The reality of elder abuse*. New York: Columbia University Press.
- WORTLEY, R. (1998). A two-stage model of situational crime prevention. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 7 (2), 173-188.
- YESAVAGE, J.A., BRINK, T.L., ROSE, T.L., LUM, O., HUANG, V., ADEY, M.B. & LEIRER, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- YOUN, G., KNIGHT, B.G., JEONG, H. & BENTON, D. (1999). Differences in familism values and caregiving outcomes among Korean, Korean American, and white American dementia caregivers. *Psychology and Aging*, 14 (3), 355-364.
- ZANK, S., SCHACKE, C. & LEIPOLD, B. (2005). Prädiktoren der Veränderung von Belastung pflegender Angehöriger: Längsschnittliche Befunde der LEANDER-Studie. In T. KLIE, A. BUHL, H. ENTZIAN, A. HEDTKE-BECKER & H. WALLRAFEN-DREISOW (Hrsg.). *Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerischen Versorgung älterer Menschen* (S. 72-81). Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- ZARIT, S.H., TODD, P.A. & ZARIT, J.M. (1986). Subjective burdens of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study. *Gerontologist*, 26, 260-266.
- ZEHN JAHRE HAFT FÜR "PFLEGERIN" (2004, 19. März). *Stuttgarter Nachrichten*. Verfügbar unter <http://www.stuttgarter-nachrichten.de/stn/page/detail.php/700056> [19.03.2004].
- ZINTL-WIEGAND, A. (1995). Die intensive Zweierbeziehung zwischen gebrechlichem und pflegendem Ehepartner. In G. HEUFT, A. KRUSE, H.G. NEHEN & H. RADEBOLD (Hrsg.). *Interdisziplinäre Gerontopsychosomatik* (S. 282-292). München: MMV Medizin Verlag.
- ZWEIBEL, N. & LYDENS, L. A. (1990). Incongruent perceptions of older adult/caregiver dyads. *Family Relations*, 39, 63-67.